دار المقطم للصحة النفسية
المكتبة العلمية

مقدمة فى العلاج الجمعى
عن البحث فى النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى. جامعة القاهرة
ومستشار دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر
دار الغد للثقافة والنشر
٤٧ شارع الفلكى القاهرة

دار المقطم للصحة النفسية

مقدمة فى العلاج الجمعى

عن البحث فى النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى
أستاذ الطب النفسى - جامعة القاهرة
ومستشار دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر :
دار الغد للثقافة والنشر
٤٧ شارع الفلكى القاهرة

تصدير

كتب الأستاذ الدكتور يحي الرخاوى هذه المقدمة لغرض محدد ، وهو تقديم بحث قام بالإشراف عليه وأعده أحد تلاميذه . وهو الدكتور عماد حمدى غز ، وذلك عن « العلاج الجمعى : دراسة دينامية لاتجاه مصرى »، ثم عرضها علينا — تلاميذه — الواحد تلو الآخر كما يفعل فى أغلب ما يكتب قبل أن يدفع به إلى النشر ، وإذا بنا نفاجأ بأن هذه الأفكار — التى كثيراً ماطلبنامنه نشرها — أمامنامكدسة وراء بعضها فى تسلسل قائم بذاته يكاد يستقل حتى لينفصل عن البحث المراد تقديمه ، وأصبحنا ، وأصبحت أنا بوجه خاص فى حيرة ، وعرضت عليه رأيى ألا تكون هذه المقدمة لبحث خاص ، وأن يزيدها وينقحها ويكتب لنا وللناس كتابا عن العلاج النفسى الجمعى يضع فيه خبرته وعلمه كما يعدنا دائما ، ووافق من حيث المبدأ ، ووعد خيراً ، ولعلمنا المسبق بطبعه

لم نأمن لهذا الوعد فأردنا منه التزاما، فتهرب كالعادة، وحاولنا اختبار الموقف عمليا بأن طلبنا منه أن يكتب تقديما موجزا لبحث الزميل الدكتور عماد غز ، فلم يفعل . . . وأشار أن ينشر هذا التقديم هكذا ، ولا مانع من أن يعاد نشره ضمن الكتاب الأكبر . . .

وراجعت نفسي ووعوده السابقة وأيقنت أن الوعد غير الموقوت قد لا يعني شيئا حسب سابق خبرتي معه . . ، وقلت لعل أفضل ما يمكن هو أن نقدم هذه المقدمة على مستوى آخر لأعداد أكبر مستقلة في ذاتها . . وليكتب هو ما يريد فيما بعد ، وأملنا أن تحقق هذه الخطوة مطلبين . .

الأول — إحراجه حتى لا يتراجع .

والثاني — توصيل بعض ما يمكن توصيله في حينه إلى الناس دون انتظار للوعود المتكررة .

ولم يخف علينا ما في ذلك من مخاطرة إذ قد يحس

القارىء أن الخاص (وهو تقديم بحث بذاته) أصبح عاما دون مراعاة للفرق بينهما ، إلا أننا أدركنا بعد المراجعة المتأنية أن هذا لن يضير العمل شيئاً ، وأن كل إشارة خاصة يمكن أن تفهم دون الرجوع إلى البحث مباشرة ، وكذلك فإنها قد تصلح لأى بحث من هذا القبيل دون الارتباط بهذا البحث بوجه خاص .

قد يكون فى هذه المحاولة بهذه الطريقة مالم يألفه القارىء ، ولكن من ذا يستطيع أن يجزم أن المألوف هو الأفضل ؟ .

دكتور رفعت محفوظ محمود
مدير دار المقطم للصحة النفسية

ليكن ، ولقد ألحقت بهذا العمل بعض الخطوط العريضة لمزيد من الفروض العاملة فى مجالات أخرى ، ولينتفع كل بما شاء لما شاء .

يحيى الرخاوى

مقدمة

لهذا العمل وضع خاص :

فهو مقدمة لبحث قمت بالإشراف عليه وبحث شاركت فيه ولكنه مقدمة أيضاً لبحث كنت « أنا شخصياً » بعض مادته .

وأخيراً هو تقديم لطريقة علاجية نشأت من ممارستى العلاج النفسى فى مصر . . .

وبعد ذلك فإنى به أقدم نفسى وفكرى . . أخيراً ، وبالرغم من أنها مسألة تبدو خاصة تماما وهى تقدم بحثاً بذاته ، إلا أنى تعمدت أن أجعلها مقولة قائمة بذاتها ، حتى لتكاد أن تقرأ مستقلة تماماً . . رغم ماجاء بها من إشارات متكررة عن البحث القائم . .

ذلك لأنى انتهزت هذه الفرصة المتاحة لأعلن بضعة

خطوط عريضة آن الآوان لإعلانها ، إذ سأحاول من خلال هذه المقدمة المتصلة بشخصي من أكثر من جانب أن أضع « فهرساً » أو « رؤوس مواضيع » تشغلني منذ زمن ليس بعيداً (منذ « ولادة الفكرة » التي أعلنتها في كتابي « حيرة طبيب نفسي ») ، وقد وجدت أنه قد مر على ذلك ما كاد يزيد عن ست سنوات دون أن يصدر شيء محدد يتلو هذه الفكرة رغم أنها كانت « إنهاية وبداية » كما أعلنت ، ولهذا التأخير وحده ميزة لا أنكر لها . . كان بفضلها أن اختمرت سائر الأفكار ، واختبرت بعض الفروض ، إلا أن الوقت أخذ يمر حثيثاً حتى بدأت أخاف أن « أذهب » قبل أن أحدد معالم ما توصلت إليه . . . وقررت أن أنتهز هذه الفرصة لأدون بعض ما يشغلني ، ولو « كورقة عمل » ، ولو « كفروض محتملة التحقيق » ولو « كمثيرات للتفكير » ، وقد بلغت مخاوفي أني أحسست — في أقل من ثانية — أثناء حادث سيارة وقع لي في الشتاء

الماضى أنى إن ذهبت ومعى ما أحمل من فكر فإنى سوف أكون مثل من سرق ماليس له ... لأنى قصرت فى أن أتركه لأصحابه ، فإذا وجد القارئ استرسالا فى الأفكار قد يبعده قليلا عن هذا البحث ، فليعذرنى ولسوف أحاول أن أقدِّم له ما يبرر ذلك من وجهة نظرى ، فليحمل الورق بعض ما حملت من أمانة لم يعد من حقى — بعد انتظار سنوات — أن أظل محتفظاً بها ، أمنعها دون أصحابها من هذا الجيل أو الأجيال اللاحقة بحجة صعوبة النشر أو الرغبة فى الإتقان والتكامل ، فلا النشر سيصبح أسهل مما هو الآن لمثل هذ الجديد فى عنفه وندرته وتحديه ، ولا الإتقان حتى التكامل بممكن بالدرجة التى ترضى أى متردد أو خائف مثلى ، وهم لابد أن أشكر دار المقطم ودار الغد لهذه التضحيات الماد وأشكر الباحث لهذه الفرصة الكريمة .

* * *

وسوف تكون عناصر هذا العمل كالتالى :

الجزء الأول

(فى البحث العلمى والعلاج الجمعى)

١ — اختيار البحث .

٢ — تاريخ التجربة .

٣ — طريقة البحث وصعوباتها .

٤ — مادة البحث .

٥ — معالم طريقة العلاج الجمعى هذه .

٦ — علاقة هذا العلاج بمختلف الأبعاد المتعلقة به ، ويشمل ذلك : العلاقة بالعلاجات الأخرى والعلاقة بمدارس علم النفس المعاصرة ، ثم العلاقة بطرق العلاج الجمعى الأخرى. وكذلك العلاقة ببعض المدارس والمشاكل الفلسفية ، وأخيراً العلاقة بقضايا عامة (مثل الدين والسياسة ... الخ) .

الجزء الثانى

(فى النظرية والأداة البشرية)

١ — الخطوط العامة للفروض العاملة .

٢ — الأداة البشرية والممارسة الإكلينيكية .

٣ — الطب النفسى المصرى . . والتطورى .

الجزء الأول

أولا — إختيار البحث

إن الطب النفسى الوصفى لم يزدهر إلا من خلال بعدين أساسيين :

أولا : تنمية الحدس الإكلينيكى .

ثانياً : الوصف التسجيلى الأمين . .

(وهذين البعدين هما ماأشرت إليهما فى تقديمى للكتاب الأول فى هذه المكتبة العلمية وسوف أعيد الحديث عنها فى

الجزء الثانى من هذا الكتيب) ، وبالتالى فينبغى أن يكون البحث العلمى فى فرعنا هذا ملتزماً أساساً بهذين البعدين ، لا حكراً على تعداد الأرقام أو وفرة الأعداد (وإن كان لا غنى له عنهما) . . وإنما يتحقق هذا الالتزام بالعمل على إعداد باحث أمين . . وتحديد فرض عامل . . وتسجيل ملاحظة يقظة . . ثم بعد ذلك يأتى التفسير وإعادة التفسير وإعادة تفسير التفسير . . الخ ، فمرحلة التفسير مفتوحة دائماً وإلى أبعد مدى .

وبديهى أن هذا الاتجاه الاكلينيكى الذى أحاول أن أؤكده بإلحاح ، يكاد يصل إلى حد الإملال ، ليس بديلا عن الأبحاث السلوكية المفصله . . ولكنه الأصل دائما . .

وهذا البحث هو من نوع تسجيل الملاحظات أساساً ثم تفسيرها ، وهو يعلن ضمناً أن إلزام إعادة التجربة مرفوض فى مجالنا هذا لأنه مستحيل ، وأن العينة الضابطة مرفوضة أيضاً لأنها خدعة ، فالإنسان كائن متغير بالضرورة ، متطور

(أو متدهور) بطبيعته ، هادف واعٍ (إلى حد ما) فى مسـيرته الحياتية أو فنائه المحتم . . . ، وقد أكدت هذه المقولات التى تعطى لعلمنـا وضعاً فريداً ضرورة البحث عن منهج للبحث العلمى خاص به ، وقد تصاعد رفض فكرة « إعادة التجربة » و « العينة الضابطة » حتى أنى علمت مؤخراً أن آباء التداوى بالعقاقير النفسـية فى معمل السيكوفارماكولوجى فى باريس (تحت رئاسة الأسـتاذ الدكتور دينيكير . . ومن قبله ديلاى مكتشفى عقار اللارجاكتيل) قد أعلنوا رفض إلحاح شركات الأدوية على الالتزام بهذه البدعة السـخيفة وهى بدعة « العينة الضابطة » . . ، فإذا كان ذلك كذلك فى مجال تقييم آثار العقاقير الفارماكولوجية ، فهو أهم وأصدق فى مجال ملاحظة السلوك الإنسانى وتحديد قواه وتفسـير جوانبه فى واقع الممارسة الإكلينيكية . . ومن ضمنها العلاج النفسى .

ولكن هذا البحث أيضاً يحاول — كما أعلن من ضمن

أهدافه — تقييم طريقة ما فى العـلاج النفسى ، ويبدو أنه أثار بطريقة غير مباشرة أننا ونحن فى سبيلنا إلى البحث والتحرى والتقدير لا بد وأن نعرف « ماذا » نقيس ، قبل أن نتناقش فى « كم » نقيس ، فكثير من الأبحاث والآراء والنقد والتقييم يدور حول كمّ شىء لم يتحدد قبلاً ، ومن أقسى ماقرأت مؤخراً — وأدعى للضحك أيضاً — هو دراسة لتجميع تلك الأبحاث المقارنة لتفضيل نوع معين من العلاج النفسى على نوع آخر ، أو على علاج آخر (!!!) إذ أن أى ممارس للعلاج النفسى بأقل درجة من الصدق أو العمق ، يعرف ماذا تعنى كلمة « تقييم » لما يفعل ، فإذا كان مصـدر التقييم هو المريض : فدفاعاته قد تكون هى الحـكم الأول والأخير ، ففى الوقت الذى قد يعتبر المريض نفسه قد « شفى والحمد لله » قد يضع المعالج يده على قلبه ، إذ هو يعرف تماماً أن المريض قد يكون بهذا هارباً إلى « مظهر الصحة » خوفاً من مخاطر التغيير ، فهذا المريض الذى سنأخذ إجابته

لصالح العلاج قد نجد طبيبه — إن كان يقظا — فى انتظار النكسة الصريحة (بعودة ظهور الأعراض) أو النكسة الخفية (بانحدار مستوى تكيفه ونبضه العاطفى وإبداعه واختراقه للحياة) .

وأنتهى إلى القول أننا إذا قلنا أن هذا النوع من العلاج أفضل من ذاك النوع دون أن نحدد بالقوة المكبرة معنى « أفضل » ، وما هو الهدف من المسيرة العلاجية (ومن الحياة) نكون قد وقعنا فى مزلق استعمال أساليب علمية (بل شبه علمية) لتبرير جمود حضارى دون وعى أو مسئولية ، ولعل كل من يقيّم طريقة من هذا النوع يندرج إما تحت لافتة « المريدين » أو لافتة « الخائفين » (راجع الحماس للتحليل النفسى من المريدين ، والهجوم عليه من الخائفين) ، ومن هنا بدأ اعتراضى الأول على القائم بهذا البحث حين عرض علىّ فكرة البحث وخاصة أنه كان بشأن اختياره كجزء لازم للتقدم للحصول على درجة الماجستير ... ومعنى

ذلك أنه سيقدم إلى جهة رسمية ؛ للحصول على إجازة رسمية ؛ في وقت محدد . . .

وقد حاولت — لذلك — أن أثنى الباحث عن عزمه مراراً — رغم رغبتى الخفية فى أن يصر على المغامرة — إلا أنه وحده دون جميع المجتمعين أصر على خوض التجربة ، وكانت ذريعته حينذاك « . . . لابد أن أكون واضحاً مع نفسى ، ومحدداً فى اختيارى ، ومنذ البداية . . ، وما دمت قد اخترت هذا المجال مهنة وطريق معرفة . . فليكن بحثى فى مجالى دون تلكؤ . . . » ولا أنكر أنى قد تخوفت من هذه اللهجة الواضحة المتحمسة (وقد ثبت فيما بعد أن تخوفى كان فى موضعه إلى حدٍّ ما) ولكن ما أثنانى عن الحيلولة الفعلية دون قيامه بالبحث هو ما تذكرته من حماسى فى أول شبابى العلمى تحت إشراف أستاذى الدكتور عبد العزيز عسكر حين كان أول بحث قمت به هو تبريد المرضى حوالى عشر درجات مئوية بما يحمل ذلك من مخاطر

الموت ، وهاهو تلميذ لى يكرر هذا الحماس بما يحمل من مخاطر المواجهة العنيفة .. ليس فى داخل المرضى فحسب ، بل فى داخل المعالج والباحث نفســه ، إذ أن الجرعة البصيرية اللازمة لإجراء مثل هذا البحث بأمانة كانت فى تقديرى أكبر من احتمال شاب فى مستهل حياته ، لكل هذا تماديت فى محاولة إثنائه عن عزمه كما تمادى زملاؤه فى نفس الاتجاه .. إلا أنه مضى فى إصراره ، وحين يصر شاب على أمر قابل للاختبار فإنى لابد أن أرضـخ ، ذلك لأن إصراره يزيد مسئوليته عن نتائج محاولته ، ثم إنه يتيح لى — ولنا — من خلال ذلك فرصة التجربة رغم المحاذير المبدئية الجبانة .. إلا أن رضوخى كان مهزوزاً ، فقد عدت فترددت مرة أخرى حين أمعنت النظر فى تفاصيل البحث الذى سيقوم به ، حيث أنى «شخصياً» من ضمن مادة بحثه ، فأنا المعالج الذى يجرى عليه البحث ، وفى نفس الوقت أنا المشرف على نفس البحث .. والأدهى من ذلك فأنا أستاذ الطالب ، ليس فقط

فى مجال البحث بل وفى غير ذلك من المجالات ، فضلا عن بعدٍ رابع أهم وأخطر وهو العلاقة الوجدانية التى تربطنى بالباحث وتربطه بى . . . سلباً وإيجاباً ، بوعى أو من خلف ظهرينا ، فكيف بالله أتصور لبحث أقوم فيه بهذه الأدوار الأربعة مجتمعة أن يقترب بدرجة كافية من الموضوعية ...؟

وقد عرضت مخاوفى — ثانية بعد بداية البحث — على الباحث وزملائه ، وأصر الباحث أن يكمل الطريق الذى اختاره ليعلن للناس ، وأهل العلم ، ومحبى المعرفة ما يرى ويتصور أنه لازم أن يقال .. إذ يوصل لهم رؤيته بكل مالها وما عليها ، وتمادى فى ذلك متهماً إياى أنى لو استمررت على هذا التردد فقد تبدأ مثل هذه التجربة معى ، وتموت معى . . . إما بموتى أو بيأسى وعجزى ، وكنت أحس من خلال مناقشاتنا أنهم يرون — كما أرى — فيما يجرى شيئاً جديداً ، وأنى أحمل أمانة ينبغى أن تؤدى إلى أهلها — الناس والعلم — باللغة المشتركة ... وبإعلان الجارى بالقدر

الموضوعى الممكن ... وليس بالاستسهال المروبى الجزئى ؛ ولا أنكر أن كل هذا قد أدخل الطمأنينة إلى قلبى . . ليس بالنسبة لهذه التجربة فحسب ، بل بالنسبة لبقية أفكارى التى اختلطت بلحمى ودمى ولم يؤذن لها فى الخروج إلى الكافة بعد . . . ، وإنما اختص بها من حولى فى مجالات الدراسات العليا والبحث فحسب ، وتذكرت أمثلة فى التاريخ — تاريخ علمنا — مثل هارى ستاك سوليفان ، وأدولف ماير .. إذ لم يكتب أى منهما أفكاره مباشرة فى الأغلب ، وإنما نقل عنه تلاميذه نظرياته وفكره ... وقلت لنفسى فى خبث مطمئن ، لك أن تستريح إذاً ... لأن فكركِ الذى هو زاوية رؤيتك الحقيقة لن يموت بموتك . . أو حتى بعجزك . . أو يأسك . .

وهكذا ، أصر الطالب على القيام بالبحث الذى اختاره ، وقاومته بالقدر الذى استطعت به أن ألجم موافقتى الداخلية ، وانتصر هو و « داخلى » على مخاوفى وحساباتى . . . وبدأ البحث . . . لأعتبره — كما سأخلص فى النهاية — أنه ليس تقييما

موضوعياً لطريقة علاج (الأمر الذى أوضحت استحالته لأى طريقة ... كما سأزيد ذلك تفصيلاً) وإنما هو وصف لما يجرى فى محاولة علاجية جديدة ... ليشمل هذا الوصف ما يجرى خارجنا ، وما يجرى داخل وعى الباحثين فى نفس الوقت ، بدرجة مختلطة إذ لا يمكن فصلهما عن بعضهما . . (وسوف أرجع إلى هذه النقطة بالتفصيل حين أتناول طريقة البحث) .

وقد تصورت ـ وأملت ـ أن يكون لهذا البحث بالإضافة إلى ما أعلن من أهداف ـ فوائد عملية منها على حد تقديرى :

١ — أننا قد نتشجع ونتغلب على مرحلة أخرى من الشعور بالنقص لنثبت لأنفسنا أولا وللعالم من حولنا ثانياً أننا لسنا أقل من غيرنا ، وأن الفكر المصرى والطب النفسى المصرى لها أصالتهما ومكانتهما فى مسيرة العلم والمعرفة ، ثم ها نحن كمصريين ندلى بأصالتنا فى العلاج النفسى فى أحدث صوره المعاصرة — العلاج الجمعى — دون تردد .

٢ — أن يثق شباب الباحثين عندنا فى أن البحث العلمى بمعناه الأخلاقى والإبداعى معاً ، ممكن ومتاح ، وأن حكمة البحث العلمى ليست حكراً على الفكر المغترب ، أو على الدفاع ضد إثارة الشكوك حول الإنسان الباحث كأداة بحث ، وأن نضرب لهم مثلاً حياً يشير إلى أن الأداة البشرية — على قصورها — قادرة على البحث والملاحظة والاستدلال وعلى الإسهام فى توضيح جانب من جوانب الحقيقة .

٣ — أن نحدد — بحثاً وتدويناً — بعض معالم ذواتنا بعيوبها ومزاياها ، بحيث نستطيع أن نتبادلها — محددة — مع الآخرين ، فى كل مجالات العلم فى الداخل والخارج ، فيتعرفوا علينا من خلالها — لا من خلال تصوراتهم — ، وينقدونا من واقعها فنتحول ونتطور ونسابق من خلال الاحتكاك والمناقشة ، وبالتالى نكون قد تخطينا مرحلة النقل والتقليد إلى مرحلة الاحتكاك والحوار :

ثانياً — تاريخ التجربة

أما بالنسبة لموضوع البحث وهو «العلاج النفسي الجمعي : دراسة اتجاه مصري » فإن له قصة طويلة معي لا أعتقد أن هذا مجال ذكرها تفصيلاً — وقد أرجع إليها حين أكتب بنفسي — إذا قدر لي — عن العلاج الجمعي من واقع خبرتي ووجهة نظري — ، ولكني هنا لا بد أن أسرد تاريخاً قصيراً ألمح إليه الباحث في بضع سطور حين عرج على العلاج الجمعي في مصر .

ولعل في هذا التاريخ الموجز ما يفسر أن هذا الاتجاه « مصري » . كما أنه قد يوضح للقارئ كيفية ارتباط علمنا هذا بوجه خاص بذواتنا وتجربتنا الشخصية .

ويمكن أن أرجع هذه الطريقة العلاجية قيد البحث إلى ثلاث مصادر أساسية :

١ — خبرة « شخصية » مماثلة .

٢ — خبرة مهنية طويلة في العلاج النفسى .

٣ — بعض القراءات فى الموضوع .

أولا : الخبرة الشخصية :

وقد بدأت التجربة بداية شخصية تماماً حين أردت مع صديق عزيز علىّ جداً أن نرتقى بلقاءاتنا الخاصة من مرحلة « الائتناس وقتل الوقت » (أو ما يسميه إريك بيرن « لعبة الثرثرة ») إلى مرحلة المساعدة الجادة لبعضنا البعض .. ، وكانت لدينا الشجاعة حينذاك أن نلتقط الخيط من بعض معاناتنا .. ومشاركة زوجاتنا .. ، وبديهى أنه فى مثل هذا الموقف تبدأ المجموعة المسماة « المجموعة بلا قائد » Leaderless Group لحرج اختيار قائد من بيننا .. حتى أنى أذكر أننا سمينا القائد - الغائب الحاضر - حينذاك اسماً رمزياً ، إشارة إلى أنه ضمير مستتر تقديره «س» .. ، وكان

ذلك فى عام ١٩٧١ ، وتصادف أن ذلك كله قد حدث عقب خبرة الحدس العلمى الذى أشرت إليه فى كتابى « حيرة طبيب نفسى » ، والذى فزعت فيه إلى صديقى هـذا (ولم أجـده ، ثم إلى زوجتى إلخ مما ورد فى كتابى حيرة طبيب نفسى) ، والذى صاحبه ظهـور لهفـة ملحـة إلى أن أجد من يقبلنى ويصبر على فكرى الجديد ، وأذكر أن هذه المجموعة الصغيرة قد أدت هذا الدور بنجاح شريف ، وطمأنتنى — ولو بطريق غير مباشر — أنى لست وحدى ، وأن حدسى هذا ليس بعيداً عن الواقع تماماً ، وتطور الموقف بعد ذلك تطوراً شجاعاً وخطيراً فى نفس الوقت ... وقابلنا من المضاعفات . إذ نواجه داخلنا ما قابلنا حتى انتبهنا بأمانة منذ ذلك الحين إلى أن جرعة الرؤية دائمـاً ، ومهما كانت نوعية المغامر ، هى أكبر من احتمال الواقع المرحلى .. ، وتحملنا المصاعب فى صبر وشجاعة وتصميم ، ونبع دور القائد تلقائياً من واقع ديناميات المجموعة ، فكنتُ هذا القائد .. فزادت

الأمور تعقيداً ... ثم مرّت بسلام نسبي رغم كل شيء .. وتوقفت المحاولة .

وهنا أقف وقفة واضحة مع القارئ ومع نفسى لأكرر أنى لن أعرج إلى هذه التجارب الخاصة فى هذه التجربة وما يليها بالتفصيل .. لأنها لا تخصنى وحدى ، وأفرادها لهم عندى مكانة الاحترام والحب والامتنان بحيث لا أسمح لنفسى بأن أتعرض بالحكم على أى منهم لأى سبب كان ، أما بالنسبة لشخصى فالأمر له وجهان :

الأول : أنه لا يمكن أن أتكلم عن شخصى دون أن أتكلم عن هؤلاء الأصدقاء والأحباب ، لأنى لم أمر بالتجربة وحيداً فى الصحراء ، أو فى حجرة مغلقة . والثانى : أن ما رأيته فى نفسى ولنفسى أكبر من استيعاب أى قارئ أحاول أن أحقق معه لغة مشتركة ، الأمر الذى جعلنى أشك فى أى سيرة ذاتية ، إذ أنها لا يمكن أن تعرض حتى الجزء المتاح لصاحبها .. وقد فهمت من خلال ذلك معنى أن « علوم المكاشفة »

لم يصرح لهم (بعض الصوفية مثل إمامنا الغزالى) بالحديث عنها ، فواقع الأمر من خلال خبرتى هذه (وهى ليست صوفية بالمعنى المباشر حتى لا تختلط الأمور.. ولكنها علاجية علمية مباشرة) أن المكاشفة — كما عرفتها — لا تعنى الكشف الصوفى فحسب ، ولكنها قد تعنى اكتشاف النفس أيضاً .. وقبلاً ، ولعلهما أمر واحد فى النهاية ، فمن عرف نفسه فقد عرف الله ، وهى لم يصرح لهم بالحديث عنها . . لأنها لا يمكن الحديث عنها من خلال لغة مشتركة ، وبالتالى فبدون مثل هذه اللغة المشتركة . . فلا قيمة للحديث ولا للكتابة . . ولا للوصف ، ويراودنى احتجاج داخلى بأنى لو « ذهبت » قبل أن أحكيها فإنى خائن لأمانة أثقل . . هى أمانة ما أتيح لى من فرصة المعرفة الأعمق . . ، لأن الحقيقة ليست ملكا لرائيها ، إلا إن كان منعزلا غير مسئول .. وأعود فى صبر لأقرر أن أكتبها ولا أنشرها أبداً فى حياتى وحياتهم ، ولأتركها للتاريخ فى مكان أمين ، فإذا ذهبت

شخوصها بعد ردح من الزمن ، وإذا وجدها من يمكنه أن يستفيد منها أو يفيد بها .. فهى له .. وقلما ظهر ، أينما كان ، ولعل الوقت يسمح بأن تكون اللغة السائدة حينذاك قد اقتربت منها فأصبحت المشاركة ممكنة .

ثم أرجع بعد هذا الاستطراد إلى تطور نشأة هذا النوع من العلاج من خلال التجربة الشخصية ، حين حضر صديق قديم بعد ذلك عائداً من أمريكا — هو الأستاذ الدكتور محمد شعلان — محمّلا بكل العلم الذى حاول اكتسابه ، والتجارب التى حاول خوضها ، والشوق إلى البحث فى داخله أكثر من البحث فى خارجه، وقد عاد بناء على رغبته وإلحاحى معاً ، وبدأت تجاربه فى عناده المادىء فى ممارسة العلاج الجمعى فى القصر العينى .. وقوبل بالمقاومة المتوقعة ، وحضرت معه بضعة مرات . . وقارنت بين ما يفعله وما مررت به من خبرة شخصية ، والتقت احتياجاتنا ببعضنا البعض، ثم اتسعت الدائرة لتشمل شركاء التجربة الأولى، ولتمتد إلى بعض الأصدقاء

من الناشئين فى مهنتنا وغيرهم .. لتتكون « مجموعة خاصة » تماماً ، نمشى من خلالها على الصراط ، نقع مراراً ونقوم أحياناً .. نخوض النار ونلمح الجنة .. وتنتهى هذه التجربة بكل مالها وما عليها لتختفى فى دائرة المحظور الذى أشرت إليه فى الفقرة السابقة .. والأسباب التى عددتها .. ولكن هذه التجربة الثانية لا تنتهى مثل سابقتها فى أمان وسلاسة .. إذ تترك فى النفوس بعض التأويلات ، وفى الخارج بعض المضاعفات التى أعتقد أنها ما زالت تؤثر على طبيعتها وتحد من إمكان الاستفادة منها حتى النخاع عند بعض أفرادٍ منا على الأقل ، وأكتفى بهذا القدر من التلميح عن التجارب الشخصية ، ولكنى أقف وقفة واضحة حتى لا أدع لخيال القارئ أن يتصور ما ليس بحقيقة ؛ فأقول إن كل ما أشرت إليه من مضاعفات وآلام وخبرات ومنافع — من وجهة نظرى على الأقل — ليس فيه سر يشين ، ولا هو بعيد عن التجارب العلمية الصادقة فى أى موقع علمى فى العالم المعاصر ،

ولولا احترامى للمشتركين فيها ، واعترافى بالجميل والامتنان لهم ، وبالتالى ضرورة استئذانهم ، لكان فى وصف هذه التجارب شرف أى شرف لكل من ساهم فيها مهما انتهى إليه اختياره * .

ثم أعود لأؤكد هذه الحقيقة وهى أنه : « لولا هاتين التجربتين الشخصيتين المتلاحقتين اللتين خضتهما بكل ما حملت من رغبة فى المعرفة ، وإصرار على المخاطرة واحتياج شخصى لما أمكن أن تكون ثمة « طريقة جديدة » فى العلاج الجمعى ، ولما أمكن أن يتم هذا البحث فى « اتجاه مصرى » ..الخ.. »

---

* لما ألح على التساؤل حول أن أكتب عن كل ذلك أولا أكتب .. خضعت لحل وسط .. إذ استوحيت مما مر بى رواية طويلة .. ليست هى ما حدث بحال ، ولا يمكن أن تنقله بذاته .. ولكنها أيضاً من وحى ما كان .. وهى « المشى على الصراط : من جزئين » وقد أسميتها رواية علمية ، كما كان ديوانى « أغوار النفس : بالعامية المصرية » هو أيضاً من وحى هذه التجارب الذاتية .

وهكذا أخلص من هـذه النقطة إلى القول بأن الخبرة الشخصية والتكوين الشخصى والمخاطرة الشخصية لهم أبلغ الأثر فى انتقاء نوع العلاج الذى يمارسه هذا المعالج دون سواه، وفى تحديد هدفه ووسيلته جميعاً .

ثانيا : الخبرة الطويلة فى العلاج النفسى :

أما البعد الثانى الذى ينبغى أن أشير إليه فى وصف نشأة هذا العلاج قيد البحث فهو ما سبقه من ممارسات علاجية، فقد ظللت منذ اختيارى هـذه المهنة أقرنها مباشرة بالعلاج النفسى ، لأنه بدون العلاج النفسى لا ينبغى أن نتكلم عن الطب النفسى ، والعلاج النفسى (الذى هو تغيير سلوك المريض إلى أحسن من خـلال علاقة نفسية بينه وبين المعالج) هو فى عمقه صراع بيولوجى بين نشاط مخ إنسان ذى خبرة ونشاط مخ إنسان فى محنـة ، وبالتالى فإن كل ما يتعلق بنشاط المخ من كيمياء وكهرباء وبيئة محيطة هو داخـل ضمن العلاج

النفسى لا محالة .. ، أقول إذاً أنه بدون هذا المفهوم الأشمل للعلاج النفسى ، كان لزاماً علىّ أن أبحث عن مهنة أخرى ، أو على الأقل أن أدرج نشاطى المهنى تحت لافتة أخرى .

وقد مارست العلاج النفسى الفردى طوال ستة عشر عاماً (منذ ١٩٥٨ وحتى ١٩٧٦) ، وكنت أتبع فيه كل ما علمته وقرأته وسمعت عنه.. بالإضافة إلى التجربة والخطأ ، وما علمنى إياه المرضى أساتذتى العظام .. وكنت — بداهة — أشعر بالنقص وأتصور أنه كان لزاماً علىّ أن أتبع طريق التلمذة والتحليل التدريبى فى الخارج ... الأمر الذى لم يتح لى فعلا وواقعاً ،وكنت أرجع فشلى مع بعض الحالات أحياناً إلى نقص خبرتى التى يعيننى عليها قراءاتى الخفيفة ومثابرتى الطويلة (التى وصلت إلى سبع ساعات متصلة يومياً فى هذا النوع من العلاج خاصة).. ولكن فى النهاية .. كانت المحاولات ذاتية فى المقام الأول ..، إلا أنى كنت أصبر نفسى أن فرويد ذات نفسه قد خاض هذه المحاولة ابتداء من واقع نفسه وتجاربه دون تدريب

سابق وأنى أسلك نفس السبيل بميزة إضافية وهى أن التجارب الأخرى مكتوبة فى متناول يدى ، وقد أفادنى هذا الشعور بالنقص — بقدر ما عوقنى — فكان دائماً يمنع غرورى ، ويحد من غلوائى ، ويهدئ خطوتى..، وحين كان يعود أىٌّ ممن أتيحت له فرصة التدريب فى الخارج ، أو حين كنت أناقش أستاذى الدكتور عسكر (وهو قد تدرب أيضاً فى الخارج) كنت إزداد ثقة بما أفعل، وحين سافرت فى مهمتى العلمية إلى باريس وشاهدت بعض جلسات العلاج النفسى عبر الدوائر التليفزيونية (الأستاذ ليبوفيسى ، ودياد كين) تيقنت أنى على الطريق السليم.. وأن الوعى والمثابرة والمسئولية والتعلم من الخبرة السابقة هى الأسس الضرورية لتنمية المعالج النفسى، وقد أفادتنى هذه الخبرة الطويلة فى العلاج النفسى الفردى ـ فى بيئتنا هذه ـ فى عدة أمور :

أولا : أنى جربت كل الطرق المعروفة تقريباً من أول

الاستلقاء على الحشية والتداعى الحر إلى المواجهة وجهاً لوجه والعلاج التفسيرى المباشر والمنطق .

ثانياً : أنى مارست هذا العلاج مع كل أنواع الحالات من أول الهستيريا التحولية التى ينتهى الإيحاء فيها فى جلسة أو اثنتين ليبدأ بعد ذلك علاج أعمق ، أو لا يبدأ .. ، إلى العلاج المكثف للفصام الذى استمرت إحدى حالاته معى ثلاثة عشر سنة تماماً كنت أرى صاحبها فيها كل يوم تقريباً .. وأغوص معه إلى أعمق طبقات الوجود .

ثالثاً : أن طول ممارستى لهذا العلاج مع ندرة سفرى وندرة انقطاعى عن العمل، أتاحالى فرصة التتبع الطويل للحالات المستمرة فيه ، وكذا للحالات التى انقطعت عنه .

وقد خلصت من تجربتى الطويلة هذه إلى أن هذا العلاج هادف وضرورى لتكوين المعالج النفسى، وأنه لا غنى عنه ، بل – وقد قررت ذلك بعد أن مارست العلاج الجمعى – أنه مرحلة لازمة لكل معالج قبل أن يتفرغ للعلاج الجمعى ، كما خرجت

أيضاً من الخبرة الطويلة مع الذهانيين عامة والفصاميين خاصة، والصديق الفصامى (صاحبى فى الثلاثة عشر سنة سالفة الذكر) بوجه أشد خصوصية .. خرجت من كل هذا بمعرفة عن أعماق النفس الإنسانية فى أزمة وجودها، بما هيأ لى فيما بعد أن أمارس العلاج الجمعى فى سهولة أكبر وتقييم أعمق من خلال معرفتى أغوار النفس حتى سر الجنون.

ولكنى لم أكن قادراً على تقييم حقيقة نتائج العلاج الفردى، وخاصة تلك التى استمرت عدة سنوات، فقد تصورت حينذاك أنى توصلت مع المريض - منهم - إلى درجات رائعة من الوعى والصحة والتوازن، ولكنى تعلمت فيما بعد - من خلال هؤلاء الأفراد الذين انتقلوا معى من العلاج الفردى إلى العلاج الجمعى أننا كنا فى خدعة لفظية اغترابية سطحية فى أغلب الأحيان، وقد قام العلاج الجمعى فى هذا بعمل بوتقة الاختبار الموضوعة على النار والتى تضع فيها المعدن المراد تقييمه فإما أن يزداد صلابة لأصالته أو أن يتفحم ويتناثر،

وللأسف فإن كثيراً ممن « أتم » علاجه الفردى لم يحتمل اختبار المواجهة فى العلاج الجمعى ، حتى عدلت عن قياسهم بهذا المقياس تماماً .. إلا إذا دعت الضرورة ..

والحق أقول أن هذه الخبرة كانت صدمة لى، تكاد تصرخ فى وجهى: « إذاً .. ماذا كنت تعمل طوال هذه السنوات؟ »، وامتد اختبار البوتقة (العلاج الجمعى) ليكشف حقيقة توازن من حضر علاجاً فردياً حتى عند غيرى من الزملاء لمدد طويلة ، بل إنى لا أذيع سراً إذا قلت أن بعض المعالجين الفرديين لم يتحمل رؤية ما يجرى فضلا عن المشاركة فيه ، وكان كل هذا الانزعاج والهرب دليلا على الطبيعة المختلفة للعلاج الجمعى وعلى درجة عمقه معاً ، بل إن الانزعاج والهرب كانا أكبر فى أولئك المرضى الذين كانت لهم خبرة سابقة فى العلاج الفردى عنه فى أولئك الذين يدخلون إلى العلاج الجمعى مباشرة ، وكأن العلاج الفردى — بشكل أو بآخر — قد يبعد الفرد

من نفسه أكثر مما تفعل الحياة العادية . . ولكنى لم أتماد في هذا التصور ، لأن الحالات التي دخلت اختبار البوتقة قليلة ، ومشكوك فى صلابتها ابتداء ، ولم يدفعنى كل هذا إلى أن أفقد الثقة تماماً بالعلاج الفردى لصالح العلاج الجمعى ، بل تيقنت أنهما علاجان مختلفان . . وأنه لكلٍّ دوره ، وقد خطر ببالى أن هذه المدة التي قضيتها فى العلاج الفردى قبل أن أواجه حقيقته وحقيقتى وهى حوالى الخمسة عشر عاماً ، هى قريبة من المدة التي سمحت لأى جديد بالظهور فى مجالنا هذا وخاصة من بدأ حياته بممارسة التحليل النفسى على نفسه وآخرين (راجع توقيت ظهور النظريات الجديدة لكلٍّ من كارين هورنى ، وهاري ستاك سوليفان ، وإريك فروم . . وكلها ظهرت بعد حوالى ١٨ عاماً من بداية تدريبهم وعلاجهم التحليلي وحتى بيرلز — مؤسس مدرسة العلاج الجشتالتى — أمضى نفس المدة فى هذا السبيل قبل أن يطلق لثورته العنان) وكأن هذه السنين الطويلة ضرورة كحد أدنى يسمح بالتطور

من واقع الممارسة ، وليس التغيير لمجرد رغبة فى اختصار الطريق خوفاً من الممارسة .

خلاصة القول أن هذه الفترة التى قضيتها أمارس العلاج الفردى كانت ثروة حقيقية أدت ثلاث وظائف على الأقل .

الأولى : معرفتى للنفس الإنســانية فى أعمق مستويات مأساة وجودها وخاصة من خلال علاج الفصاميين .

الثانية : إيمانى بضرورة هذا العلاج كمرحلة وكبديل يحتاجه الكثيرون (بعكس بيرلز الذى اعتبره غير ذى موضوع حتى وصف التداعى الحر بالتفاتر الفصامى)

والثالثة : فشلى فى الاستمرار فيه — شخصياً — وتطورى من خلاله إلى هذا العلاج الجمعى موضوع البحث .

أما بداية ممارستى المهنية للعلاج الجمعى فقد واكبت تجاربى الشخصية سالفة الذكر كما واكبت بعض بقايا

حالات العلاج الفردى وكانت التجارب الأولى للعلاج الجمعى ذات ثلاث أنواع :

الأولى : بالمشاركة فى (وأحياناً قيادة) جلسات جماعية فى مستشفى دار المقطم للصحة النفسية حيث يحضر عدد يتراوح بين ١٥ ، ٢٠ فرداً ، وبين ٥ إلى ثمانية من هيئة العلاج والمتدربين ، وهو يجرى يومياً وكنت أحضره مرة أسبوعياً ، وكان النقاش عقب كل جلسة مثرياً ومفسراً ونافعاً لى وللمتـدربين معاً ، ولكنه كان ذا طبيعة موقوتة بتواجد المريض فى المستشفى ، وبالرغم من ذلك فإن نتائجه كانت مشجعة وأحياناً رائعة .

الثانية : بعض المحاولات السابقة لهذه المحاولة قيد البحث فى عيـادتى الخاصة والتى كانت أساساً ليست إلا تجميعاً لأفراد كانوا يحضرون معى العلاج الفردى مع بعض المتمرنين ، والتى أشرت إلى أن أغلبهم لم يتموا جرعة العمق التى يحملها العلاج الجمعى بالمقارنة بالعلاج الفردى .

الثالثة : محاولة أصيلة لبعض المتطوعين (ليسو مرضى .. أو لم يعلنوا مرضهم) من طلبة كلية طب القصر العينى ، وأغلبهم ذوو ميول يسارية أو ثورية أو شبه ثورية ، وكانت هذه الخبرة علنية ، يأتى ليشاهدها من يشاء من الطلبة والأطباء حيث تجرى فى العيادة الخارجية للقصر العينى ، وقد أفادتنى هذه المحاولة إلى أحشائى ، إذ كانت تحمل من التحدى والعمق ما كان يحرجنى ويضطرنى إلى اكتشاف طبقات أعمق فى نفسى ، أكثر من العلاقة مع المرضى الذين « يدفعون » فى عيادة خاصة ، . وقد استمرت هذه المحاولة ما يقارب العام الدراسى تعلمت فيها عن نفسى وعن الهرب فى المبادئ ما كان يصعب علىّ أن أتعلمه من غيرها .

ثالثاً : أما المصدر الثالث الذى اكتملت به هذه الطريقة ، فهو بعض القراءات القليلة حول الموضوع وأهمها كتاب العلاج الجمعى لإريك بيرن ، وبعض مقالات عن علاج الجشتالت جمعها « فاجان » ، والحق أقول أن دور الممارسة كان

له نصيب الأسد فى نشـأة هذه الطريقة قيد البحث ، وحتى اكتشافى لمبدأ « الهنا والآن » كان قد تم قبل أن أقرأه وذلك من خلال مصادفة فى العلاج الفردى بطريقة قريبة من « التجربة والخطأ » حين أراد أحد المرضى أن يهديني رمزاً من الرخام على أحد وجهيه اسمى (كما هى العادة) ثم طلب منى أن أقترح عليه الحكمة التى يكتبها على الوجه الآخر كما اعتاد الناس (مثل «الصبر» أو «الحلم سيد الأخلاق» ..الخ) فقلت له ما رأيك أن نكتب الحكمة التى انتهينا إليها معاً بعد طول صحبتنا ؟ واتفقنا على أن نكتب على الوجه الآخر هذه الإشارات .

أنا ، هنا ، الآن

~~كنت~~ ، ~~سوف~~ ، ~~لو~~

وبقيت هذه الرخامة منذ ذلك الحين على مكتبى ، حتى أن صديقاً لى حين عاد من الخارج ووجد هذه اللافتة على

مكنهى سألنى « هل أنت جشتالتى » ؟ وقلت له بقليل من الحرج « ما ذا تعنى ؟ » ، وشرح لى فى إيجاز مازح كيف أن هناك مدرسة تسمى العلاج الجشتالتى تركز على الا « هنا .. والآن» والا «أنا . .أنت» مثلما تشير اللوحة ... الخ ، وقد أوردت هذه الحادثة لأؤكد على دور الممارسة، ولأعيد إعلان طريقتى الخاصة فى اكتساب المعرفة ،وهى نفس الطريقة التى أشرت لها فى «حيرة طبيب نفسى» حيث اعتبرت نفسى بالنسبة لما أقرأ ممن يعانون من ظاهرة القراءة السابقة Dega Lu إن صح التعبير، لأنى — فى فرعى هذا — أقرأ غالباً ما عرفته فعلا من خلال الممارسة . . ، الأمر الذى يمكن أن أعده تقصيراً فى بعض الأحيان .

ولكنى أوردت هذا التسلسل عن (١) التمهيد بالممارسة الذاتية ثم (٢) طول الممارسة المهنية فى العلاج الفردى ثم (٣) الجمعى ، وأخيراً (٤) القراءة المحددة المعالم ، لأشرح كيف صمح

لنا هذا الترتيب على هذه الطريقة أن يسمى هذا الاتجاه باسم « اتجاه مصرى » .

خلاصة القول أن هذه الطريقة هى بالضرورة ، وبطبيعة تطورها طريقة مصرية . . وأصيلة لارتباطها بالبيئة وبالمعالج ارتباطاً مباشراً .

ثالثا : طريقة البحث وصعوباتها

حين تخطينا المرحلة الأولى — وهى اختيار الموضوع بعد مقاومة المشرف وإصرار الباحث — واجهنا مباشرة ، وبداهة ، ضرورة تحديد الطريقة العملية التى سنقوم فيها بإجراء البحث ، وأجد من المفيد هنا أن أذكر مراحل التفكير التى مررنا بها أولا حتى أعرض للقارئ — وللباحث المبتدئ — كيف تتسلسل الأمور فى صعوبة مرهقة قبل أن يستقر الباحث على وسيلته المفضلة : وثانياً — حتى أفتح أبواب طرق بديلة للطريقة التى اتبعناها ، لنواصل البحث

بها . . أو ليقوم غيرنا بتطويرها لسد النقص الذى سيظهر فى طريقتنا الحالية ، وقد بدأ تفكيرنا بالطريقة التقليدية لتقييم ما يجرى فى هذا النوع من العلاج بالاعتماد على رأى المرضى والمترددين فى التقييم وتحديد طبيعة العلاج وتفسير كيفية التغير من خلاله وأعددنا لذلك استباراً « محدد الأسئلة ، حر الإجابة » ، بحيث يسمح للمجيب أن تكون إجابته فى كلمة واحدة ، أو سطراً أو عدة صفحات على نفس السؤال ، وقدرنا أن يكون البحث مقارنا ا بين مجموعة ممن استمروا فى العلاج ومجموعة أخرى ممن انقطعوا عنه . . وقد ملأ فعلا هذه الكراسات عدد يزيد عن عشرين فرداً ، وكانت إجاباتهم ثرية وعميقة وشديدة الإثارة والفائدة . . إلا أن الحصول على من انقطعوا عن العلاج كان صعبا . . وحثهم إلى الإجابة بنفس الحماس كان مشكلا ، وكدنا نقع ـ من خلال الخوف ـ فى شرك مقارنة ما لا يقارن . . اللهم إلا إذا كان الهدف مشتركا بمعنى تصنيف المقارنين فى نفس الوقت الذى

يجرى فيه تصنيف العلاج ، ولما كان البحث بطبيعته محدد المدة (للحصول على إجازة دراسية لها تاريخ محدد) فقد دفعنا هذا إلى المباشرة وخوض التجربة فى الحال ... بعرض مايجرى فى عدة جلسات علاجية متلاحقة ، ومحاولة تفسير العملية العلاجية ذاتها « ديناميا » ، وبدأنا فى أول الأمر نعتمد على الباحث نفسه، وإلى درجة أقل على زملاء له يحضرون المجموعة، وتعرض الجميع إلى هجوم المجموعة المباشر ، وشاركهم فى تلقى هذا الهجوم المعالج نفسه، ورحب الجميع بهذه المعارضة التى وصلت لدرجة الرفض والعدوان حتى استقر الأمر من خلال الحوار الخلاق، وتعود أفراد المجموعة على طبيعة العمل الجارى ورضوا بهذا البحث فى مسيرة المجموعة باعتباره جزءاً مكملا لطبيعة أهداف المجموعة فى نوعية التواجد فى الحياة ، وهذا فى ذاته هو أول إعلان لطبيعة المجموعة وطبيعة العامل المشترك بين أفرادها ، ولا أستبق الأحداث حين أقول إنه «ارتباط النفع العام بالنفع الخاص ارتباطا عضويا ومباشراً» .

ويبدأ التسجيل ؛ واعتمدنا بادئ ذى بدء على الذاكرة لمشاهدين معا ، ولكن هذه الطريقة لم تعطنا سوى صفحات معدودة وإن كانت تحوى التفاعلات الهامة ، والانتقالات ذات الدلالة ، والاستجابات المميزة ، إلا أننا أحسسنا أن الصورة ليست كافية . فانتقلنا إلى مرحلة التسجيل الصوتى ، الذى أعطانا مادة أثرى وأدق ، أخذنا منه ما انتقينا من عينات للحوار بنص ألفاظه ولجأنا فى الجلسة الأخيرة — الثالثة عشر — إلى محاولة من نوع خاص وهى أن يقوم الباحث بتفريغ الجلسة كلها ، ثم يعطيها للمعالج ويطلب منه تعليقا مكتوبا على أحداثها أولا بأول ، فإذا بالتفريغ يقع فى حوالى مائة صفحة ، وإذا بتعليقى يصل إلى ضعف محتوى التفريغ ، وكان على الباحث بعد ذلك أن يناقش الاثنين معا « التفريغ والتفسير » ويربطهما بالمدارس المعاصرة ، وقد فعل هذا على قدر جهده ،

وإذا بنا أمام بحث كامل قائم بذاته ، مادته جلسة علاجية واحدة !!!

وقد أوردت هذه التفاصيل لأوضح نقطة أخرى ، وهى تدرج مستويات البحث من جهة ، وصعوبة ادعاء الالتزام الموضوعى من جهة أخرى ، وملاحظتى على أنه سواء كان التسجيل من الذاكرة ، أم عينات من التسجيل الصوتى ، أم التسجيل الصوتى الكامل ، فإنى لاحظت أن اتجاه الباحث ومناقشاته وتساؤلاته وتعليقاته كانت متقاربة ، وكأن العامل المشترك الفعلى هو الباحث نفسه وفروضه العاملة !! مما يؤكد ما ذهبت إليه أول الأمر من أن أداة البحث هى الباحث نفسه فى أغلب الأحيان .

وعلى من يتصور أن التسجيل « بالذاكرة » هو طريقة ناقصة أن يتذكر أن الممارسة الاكلينيكية كلها تعتمد على التسجيل بالذاكرة أساسا ، وأن هذا التسجيل التلقائى هو

الذى ينمى الحدس الاكلينيكى للممارس باستمرار ، سواء وصل هذا التسجيل إلى شعوره أو ظل يساهم فى تكوينه المهنى لا شعوريا ، فإذا أردنا أن نضع مثل هذا البحث الذى بين أيدينا فى مكانه الطبيعى فهو إضافة منظمة إلى الممارسة الاكلينيكية الجارية فعلا تلقائيا . . بما يحدد بعض معالمها ، ويؤكد أو ينفى بعض تصوراتها ، وبالتالى فإن مناقشة معلومة واحدة من جلسة واحدة قد تؤدى هذا الغرض وتعود بالفائدة على المهتمين بالأمر من المشتغلين بالعلاج النفسى ، كما أن محاولة تحليل كل كلمة قيلت ، فضلا عن كل همسة ، وكل لفتة ، وكل صمت ، تفيد جميعها فى نفس الاتجاه ولنفس الهدف .

ولهذا فوظيفة البحث العلمى فى هذا المجال هو « أمانة التسجيل بقدر الإمكان » من موقف شخصى ، لأن غير ذلك مستحيل كما سيرد ، ثم التفسير بقدر المتاح من ترابط المعلومات ، وبالتالى إتاحة الفرصة — من خلال هذا وذاك —

للممارس لتعميق رؤيته وإعادة النظر فيما يأتى وما يذر ، أما البعد الثالث الذى أشار إليه البــاحث وهو التفهم الدينامى للاضطرابات والأمراض النفسية (ومن قبل ومن بعد : ديناميات الشخصية) فهو يبـدأ أيضاً بالتسجيل فالتفسير فالتنظير ، وقد أتاح لنا هذا البحث فى إضافة رؤية شاملة لهذا الجانب على أى حال . . .

ولنا هنا وقفة لازمة لتوضيح هذه الصعوبة المشـتركة فى مثل هذا النوع من الدراسات والأبحاث ، فعلى كثرة ما كتب عن العلاج النفسى ، فإن تسجيل ما يدور فعـلا بكل التفاصيل لم يرد أبـداً (ونستطيع أن نقول أبداً ، حتى بالنسـبة للـكتب التى كتبت عن حالة واحدة Case book) ومع ذلك فإن ما كتب عن العلاج النفسى يصل إلى آلاف المجلدات دون حرج فى أن التسجيل التفصيلى غير وارد، مكتفين بتسجيل « عينات دالة » ، ولو كان هـذا التسجيل الجزئى (العيناتى) مرفوض ؛ لتعرض النشر فى العلاج النفسى لمحنة

شديدة تهدد بتوقف صدور أى كتابة عنه . . ذلك لأن أمام هذه الأمانى التسجيلية صعوبات واستحالات عديدة نورد بعضها هنا كأمثلة توضيحية :

١ — الاستحالة العملية : لأن تسجيل حالة واحدة فى علاج تحليلى نفسى طويل قد تحتاج إلى عشرات المجلدات ، لأن تفريغ ساعة واحدة من التداعى الحر ، قد يلزمه بضع وعشرين صفحة ، فإذا كان متوسط الجلسات فى العام ما بين مائة جلسة وثلاثمائة ، وكانت مدة العلاج من سنتين إلى خمسة فللقارئ أن يتصور حجم « المادة الخام » التى سيبدأ منها تقييمه وتفسيره وتنظيره . . ذلك التقييم الذى يبلغ بدوره حجما مماثلا على الأقل إن أراد الباحث الإتقان ! !

٢ — الاستحالة التسجيلية الفنية : حيث إن غاية ما يمكن تسجيله هو التسجيل الصوتى ، وفى أحوال نادرة : التسجيل الصورى الصوتى معا ، وهذا وذاك يحتاجان إلى « تكنيك » فنى

خاص أقل ما فيه أن يستطيع تكثيف وَجهَىْ المعالج والمريض معاً فى آن واحد (ثم تكثيف عدد أكبر من المرضى) . . وهذا يستدعى أن يتم العلاج فى استديو كامل المعدات !!!

ثم تأتى بعد ذلك الصعوبة فى إعادة العرض بالتفصيل على الحكم (الموضوعى) (!!!) ثم استعادة العرض .. فإذا انتهينا إلى أخذ عينات من التسجيل رجعنا إلى التساؤل «أى عينة» أخذت ، وأى عينة تركت ؟ ولماذا ؟ . . ومن أنت الذى أخذت ما أخذت ، وكيف سمحت لنفسك بترك ما تركت ، وأصبحت المسائل اتهام و «نيابة» وشكوك ودفاع .. لتتوقف مسيرة العالم الباحث عن الحقيقة بكل وسيلة بما فى ذلك وسائل الممارسة البشرية المباشرة .

٣ — الاستحالة المهنية : ذلك أن التسجيل التفصيلى لا يمكن أن يتم دون أن يؤثر على طبيعة العلاج وتطور المريض والمعالج معاً ، بما يشوه ما يجرى حقيقة وفعلا ، إذ قد

يعوق التلقائية والسلاسة اللازمتين لنقل « عينة » أمينة ناهيك عن نقل « كل » ما يجرى . .

٤ — الاعتبارات الأخلاقية : ومهما قيل فى درجة السماح الذى سيسمح بها المريض والمعالج معاً — من أجل خاطر عيون البحث العلمى — فإن مادة البحث لابد وأن تتأثر إذ نتدرج إلى أعمق درجات الوجود البشرى ، حين تصطدم بالجانب الآخر البشع من تواجدنا بما فيه من قتل وجنس ومحرمات وشذوذ .. إلى آخر هذا التاريخ الزاخر ..، فإذا تصورنا أن مريضاً ما قد سمح لنا بالاطلاع على كل هذا المحتوى ، فلابد من إعادة النظر فى طبيعته وتكوينه اللذان سمحا له بهذا السماح ، وهى خبرة من الندرة (سواء كان الدافع إسهاماً إيجابياً للعلم ، أو استعراضاً سلبياً للظهور) بحيث يصعب تعميم النتائج المستقاة من مثل هذه العينة .

أما النوع الأغلب الذى لن يسمح لنا بالوصول إلى هذا العمق وتسجيله، فهو يعلن بذلك ضمنا أن بحثنا ناقص لا محالة..

٥ — الاعتبارات الذاتيــة عند المعالج : إذا أردنا أن يكون التسجيل شاهد صدق على ما يجرى فلا بد أن يكون للمريض والمعالج معاً ، ثم للظاهر والباطن معاً ، وكما أن الباطن عند المريض بعيد المنال إلا من خلال المادة المتاحة أثناء العلاج ، فإن الباطن عنــد المعالج صعب المنــال ولـكنه ضرورى لمعرفة التفاعلات الاستجابية لمـا يجرى أولا بأول ، وهذا أمر يعرى المعالج — إن صدق — لدرجة قد لا يسمح بها كل معالج ، وقد لا يدركها أى معالج . ، ولا يقدر عليها أغلبهم

نخلص من كل ذلك : إلى أن ما نقرؤه فى مئات المراجع التى بين أيدينـــــا عن العلاج النفسى وأنواعه ، ليس إلا وجهة نظر شخصية ، ذات بعــد موضوعى بقدر موضوعية صاحبها ، وذات فائدة عملية بقدر إمكانية تطبيقها ، وهى تعتمد على عينات منتقاه ، تؤكد أو تنفى وجهة النظر هذه .

وما دمنا أمام ظاهرة إنسانية علمية مهنية بهذه الدرجة

من الصعوبة ، وفى نفس الوقت هى تتناول أخطر وأعمق معالم وجودنا ، فنحن لا نملك أن نتخلى عن مسئوليتنا فنحجم عن الخوض فيها لمجرد أن الحواجز دون الوصول إلى حقيقتها كثيرة وشائكة ، ولكن علينا فى نفس الوقت ألا نبالغ فى تصور موضوعية عملنا لأننا فى النهاية أمام عينة محدودة قابلة للتعميم بقدر نسبى دائماً .

وإنى لأكاد ألمح على وجوه بعض السلوكيين والطرائقيين شماتة وفرحة بإعلانى هذا النقص البادى فى هذه الطريقة البحثية ، وكأن الجزء الظاهرى المحدود الذى نحصل عليه بوسائلهم هو البديل الأمثل لهذا العجز الذى أعلنه بشجاعة ، وهنا أقول لا . . وألف مرة لا . . لأن الصعوبة ليس بديلها الاستسهال ، ولأن الحقيقة ليست هى « ما يمكن الحصول عليه » ولكنها ماهيتها . . سواء أدركناها أم ظللنا نسعى دائما لإدراكها ، وأنا لا أقول هنا بتواجد مزدوج للأشياء مثل

« كانت » حين تحدث عن الظاهر (الفنومين) والجوهر (النومين) وزعم أن الأخير غير قابل للتعرف عليه فوقع فى قبضة هيجل! حين واجهنا بتساؤله : إذا كان هذا النومين بعيداً عن إمكان معرفتنا ، فلماذا الحديث عنه أصلاً وكيف يمكن افتراضه ؟ لا . . أنا لا أقول أن هناك حقيقة بعيدة عن المعرفة (بل العكس هو الصحيح إذ أن هناك معرفة بعيدة عن الحقيقة) ولكنى أعلن من خلال تحديد الصعوبات وتقدير العجز :

أولا : أن السلوك الانسانى شديد التعقيد .

ثانياً : أن الوسائل المتاحة لتسجيله لا تتعدى الظاهر ، وحتى الاستنباط لا يتعدى القدر المتاح للشعور .

ثالثاً : أن هذا التعقيد وهذه الصعوبة لا ترفع عنا مسئولية — وضرورة — البحث فيه ، ومحاولة سبر أغواره .

رابعاً : أن قصور وسيلة ما لا يمنعنا من أخذ معطياتها

بالقدر الممكن ، وأن أهمية معطيات وسيلة البحث لاتقاس بالسهولة التى نحصل بها على المعلومات ، ولكن بالأمانة للموضوعية عند الباحث التى يبذلها فى محاولته ، والتى تظهر وتقاس بمدى معاناته ، ومدى قبول قصوره ، ومدى احترامه لنقص وسيلته ، وإدراكه صعوبة غايته .

فإذا كانت هذه المواجهة المؤلمة قد أعلنت أن مجال العلاج النفسي (أو ما يمكن أن يسمى: تجربة التغيير البشرى) هو مجال صعب ، وأن كل ما نعرفه عنه مما هو قابل للنشر (أو قادر على النشر) هو مجرد «عينات» «ووجهات نظر» ، كان هذا أدعى إلى أن ندلى بدلونا فى عرض العينة التى نرى عرضها ، وفى إبداء وجهة النظر التى نرتئيها . . . دون شعور بالنقص من جهة ، ودون مغالاة فى إدعاء الموضوعية من جهة أخرى .

ومن هنا لا بد أن أعترف بشجاعة الباحث لإصراره على

خوض غمار هذه التجربة الحية الخلاقة ... ليعرض عينة من « تجربة التغير البشرى » الذى يجرى فى مجال العلاج الجمعى من وجهة نظره أساساً مستعينا بوجهة نظر المعالج أحيانا ، بلا ادعاء لموضوعية غير متاحة لأى باحث فى مجالنا هذا (مهما تهرب ـ من خلال ادعاء الموضوعية ـ من مسئولية وجوده الذاتى . . .) — ثم ليكن تطوره بعد ذلك من خلال القدر الذى سيسمح به لنفسه من احتكاك وجدل وقبول ورفض للآراء الأخرى (الذاتية أيضا بدرجات متفاوته) .

رابعا — مادة البحث

فى رأيى الشخصى أن مادة هذا البحث — وربما كل بحث يجرى فى مجال العلاج النفسى — مكونة من ثلاثة عناصر أساسية :

١ — المرضى والمترددين .

٢ — المعالج (والمعالجين المساعدين إن وجدوا) .

٣ — الباحث نفسه .

ولنتحدث عن كل جانب من مادة هذا البحث على حده :

أولا : المرضى والمترددون : بادئ ذى بدء ، لابد لنا من وقفة عند تعبير « المرضى » ، ففى الوقت الذى أجرى فيه البحث على هذه المجموعة كان عمرها قد بلغ ما يزيد عن عام ونصف لأغلب أفرادها ، وكانت معظم الأعراض (أو جميعها) عند الغالبية قد زال ... بحيث ينبغى مراجعة تسميتهم بالـ «مرضى» ، وقد أشار الباحث إلى أن التشخيصات كانت قد تغيرت تماما لأن العلاقة الدينامية بين أجزاء الشخصية كانت قد تغيرت أساساً ، وأكاد أسمع رداً جاهزاً يقول أنهم ماداموا لايزالون يترددون على العلاج فهم مرضى ، ولن أتطرق هنا إلى مناقشة هذا الادعاء ، ولكنى أحيل القارئ إلى نظريتى عن « مستويات الصحة النفسية على

طريق التطور الفردى » (وإن كانت تمثل مرحلة سابقة من فكرى) وأقول إن مجرد التردد للعلاج لا يعنى المرض . بل قد يعنى رؤية أعمق ، أو أملا أشمل ، أو إصراراً أعنف على الحياة الأفضل . واستمرار مسيرة التطور ، ولهذا استعملت لفظ المترددين بجوار المرضى وبينهما حرف عطف لأحدد أن المتردد ليس مريضاً بالضرورة ، وبالتالى أفتح باب التبادل بين صفتى المرض والتردد لأؤكد أنه طريق ذهاب وإياب ، وفى هذه المجموعة بوجه خاص ذكر الباحث أن حضور بعض أفرادها كان بهدف التدريب ، ولكن باقترابهم من « المأزق الوجودى » ظهرت الأعراض لدرجة أنهم أعلنوا بأنفسهم رغبتهم فى الانتقال إلى صفة المرضى حتى يمارسوا حقهم الطبيعى بكل أبعاده ، وكأن المرض أصبح حقاً اختياريا مرحلياً فى الطريق إلى التغيير الواعى .

ثم أنتقل بعد ذلك إلى التعريف بأفراد المجموعة ، فبالإضافة إلى ما ذكر الباحث عنهم من معلومات — بعد أن

أخفى أسماءهم ـ فهم بالنسبة لى من أصدق من عرفت ، من حيث فضلهم على فكرى ، وعلى وجودى ،وعلى على ، فهؤلاء الناس بكل سلبياتهم وإيجابياتهم وعدوانهم وظلمهم ومحاولاتهم وشقائهم وألمهم وهروبهم . . بَشَرٌ بحق ، وإذا كانت تعريفات الإنسان قد تنوعت بشكل مربك بادئين من أنه حيوان ضاحك إلى أنه حيوان ناطق أو مفكر إلى آخره ، فإنى هنا أحب أن أعلن أن هؤلاء الناس قد علمونى أن الإنسان « . . . هو الكائن دائم المحاولة الواعية إلى الرقى ، برغم وعيه الآنى بضرورة الاستقرار المرحلى » .

ولكننى أقر هنا أن نوع هؤلاء المرضى هو — نوع خاص ، بالإضافة إلى ما أورد الباحث من مواصفات وتشخيصات .

١ — فهم جميعاً فى عناد عنيد ضد استسهال حلٍّ بذاته سواء كان هذا الحل حياة عادية هامدة ، أم مرض مزمن مستسلم ، أم موقف انسحابى متفرج .

٢ — وهم جميعاً قد قبلوا أن يستمروا فى الحضور ، وبالتالى فى ممارسة المحاولة الموجهة فى أن يقبلوا هذا العناد من مجرد المكابرة والتوقف المناطح إلى محاولة التغيير بكل ما يحمل من مخاطر وآلام .

٣ — وهم جميعاً — وربما يرجع ذلك جزئياً إلى تأثير المعالج ، قد واصلوا احتكاكهم بالواقع والتكلم باللغة السائدة ، رغم مواصلتهم تعرية أنفسهم والتفاهم — مؤقتا — بلغة خاصة فى نفس الوقت .

٤ — وهم جميعاً قد قبلوا التعرى أولا أمام بعضهم البعض وأمام المعالج ، وثانياً أمام الباحث ، قبلوه فى شجاعة وصراحة ، وتفسيرى أنهم وصلوا إلى درجة من الصدق مع أنفسهم ، ولأنفسهم لم يعد عندهم معها ما يخشونه من رأى آخر ، أو فرجة آخر ، أو تسجيل آخر ، فضلا عن إدراكهم لاتصال نفعهم الشخصى بالنفع العام بما ذكرت .

ولكن هذا فإنى أعلن شعورى أنهم هم الذين قاموا بهذا البحث أساسا وفعلاً . لأنهم واصلو البحث الصادق فى داخلهم وخارجهم ، ثم ساهموا بالموافقة على تسجيل ذلك وتوضيله دون تصنع أو افتعال ، ففضلهم على الباحث وعلى وعلى العلم وللحقيقة فضل مباشر ليس له جزاء إلا أن تنجح محاولتهم لهم ، وهذا ما يضاعف دينى — وربما دين الباحث إن أدرك حقيقة عطائهم — إليهم وإلى من هم مثلهم ، فأنا لا أعنى بوصفى لهم أشخاصهم ، بقدر ما أعنى كل من « هم كذلك » سواء كانوا هؤلاء الناس أم أى ناس .

ولنا هنا وقفة ، فهناك من سيقول : إذا هؤلاء نوع خاص من الناس ، وبالتالى فهذا العلاج لا يصلح إلا لأمثالهم. والرد المباشر : ولم لا ؟ . . والرد التالى : نحن لا نستطيع أن نجزم إن كانوا قد قدموا للعلاج بهذه النوعية أم أن العلاج قد أسهم فى كشف غطائهم فظهرت هذه الإمكانيات الإيجابية العنيدة ؟ والرد الأخير : إن أحداً لم يدّع أن هذا العلاج هو

العلاج الأوحد ، بل بالعكس إنى أقر وأعلن أن لكل نوع من العلاج نوع من المتعالجين .

ثم ننتقل إلى مادة البحث الثانية وهى « المعالج » نفسه :

وأول ما نبحث هنا هو ما أشار إليه الباحث من أن هناك وجه شبه بين المعالج وبين هؤلاء المرضى ، وأنه مجرد فرد فى المجموعة مع تميز خاص من حيث فعالية دوره ، ودرجة مسئوليته فى التغيير ، واتجاهه ووضعه المهنى الذى يأخذ به أتعابه ، وإنى إذ أقره على ذلك .. أقره أيضاً على ما أشار من خلاف . . وأضيف إلى هذا وذاك أنى كنت شبه متعاقد معهم عقداً لم يعلن أبداً ، وهو الاستجابة من جانبهم لدعوة من جانبي تكاد تقول « . . . إنى مثلكم . . ولكنى مصر على الاستمرار بلغة الواقع دون التنازل عن أى جوهر رأيته فى نفسى ، فهل نحاول — ياجماعة — أن نمارس حياتنا سوياً إلى نهاية عمق وجودنا بكل أبعاده المترامية ، لنرى الحكاية ..»

بل وقد نوجه المسار من خلال نجاح موقفنا العنيد . . كمينة قادرة على التطور بوعى وألم ودون تناثر أو صراخ » وقد سمعت استجاباتهم واحداً واحدا بالموافقة « بمجرد الحضور والاستمرار فيه » ، وعزوت هذه الموافقة إلى ضغط داخلى مباشر أعْلِنَ بظهور الأعراض ، وإغراء خارجى مباشر هو محاولة المعالج الذاتية المستمرة . .

ومهما يكن من أمر اضطرارهم لخوض هذه التجربة بسبب أعراضهم ، ومهما يكن من أمر وضعى بالنسبة لهم كطبيب وظيفته الأساسية هى تخفيف الألم وإزالة الأعراض، فإن هذه وتلك كانتا الاتفاق الظاهرى فحسب ، أما العقد غير المعلن — حسب تصورى — فكان يتعلق بخوض هذه التجربة الكيانية ، ومن هنا جاء شعورى بالعرفان تجاههم، وإنى إذ أعترف بهذا البعد الذى لم ترد مناقشته فى البحث بطريق مباشر (وإن كان الباحث قد أشار أنه بتطور المجموعة لم يعد المعالج إلا عضواً فيها) أقول إنى إذ اعترف

بهذا البعد أقرر من وجهة نظرى أنه موجود عند كل معالج رضى لم أم لم يرضَ ، وعى به أم لم يعِ ، فالعقد فى العلاج النفسى بوجه عام والعلاج الجمعى بوجه خاص هو دائما أبداً عقدان :

العقد الاول : عقـد ما بين طبيب (أو معالج) — طرف أول — ومريض — طرف ثان — : الأول يرتزق ويمتهن مهنة إنسانية (بالمرّة) ، والثانى يشكو من أعراض مرضـية أدت إلى أن يذهب إلى الأول ويريد أن يتخفف منها . .

أما العقد الثـانى : فهو العقد الأعمق غير المعلن بين إنسان وإنسان : الطرف الأول (المعالج) يعيش مرحلة وجود ناجحة نسبيا وبالتالى فله تصور لأبعادها ، وسلوكه إنما يمثلها ويبررها حتى ولو ضعفت درجت وعيه بها ، والطرف الثـانى (المريض) يبحث عن مثل هذا التصور ،

فينتقى من المعالجين من هو أقرب إلى تصوره ليحققا معاً مرحلة مشتركة بصورة ما .

هذا ، ولا يوجد فصل حاد بين العقد الأول والعقد الثانى، لأن العقد الأول هو الديباجة التمهيدية للعقد الثانى ، ولأن الثانى هو الوسيلة الفعلية لتحقيق أهداف العقد الأول (زوال الأعراض .. والاسترزاق) .

ولا بدَ أن أعترف أنى سمعت هذا التفسير لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب فى موقف العلاج النفسى أول ما سمعته عن أستاذنا المرحوم الدكتور يوسف حلمى جنينة حيث كان يقول ما معناه « إن الطبيب (المعالج) النفسى ينتقى من مرضاه من يماثلونه ، ليرى نفسه فيهم بالساعات الطوال ويبرر وجوده من خلالهم » .

وقد رفضت هذا القول الذى قيل هجوماً على العلاج النفسى سنين طويله ، ولكنى فى النهاية وصلت إلى نفس

النتيجة مع تحوير بسيط فى العبارة الأخيرة إذ لا بد أن تتعدل — فى بعض الأحيان — من « ... ويبرر وجوده من خلالهم » إلى « ... ... ليبحثوا سوياً عن معنى ذلك ، وعن الطريق إلى إمكان تغييره إن لزم الأمر » وقد قلت « فى بعض الأحيان » لأنى ما زلت أتصور أن كثيراً من العلاجات يصدق عليه كلام أستاذنا الدكتور جنينة ، وآمل — متحيزاً — أن هذا النوع قيد البحث يصدق عليه التحوير الذى اقترحته .

وأختم هذه النقطة التى ينبغى أن تتضح عند كل ممارس للعلاج النفسى ، وكل باحث فيه بأنه « إذا كان الأمر كذلك ، وهو عندى كذلك ، فإن درجة الوعى التى يتم فيها هذان الاتفاقان ضرورة لازمة لتأمين المسار ، والتقليل من المضاعفات ، وتأكيد الاختيار » .

فإذا كانت هذه هى العلاقة بين مادتى البحث الأساسيتين

(المرضى والمعالج) فإن موقف البـاحث يزداد صعوبة فوق الصعوبات القائمة فعلا، لأن المعالج هنا هو المشرف على الباحث أيضاً ، وهو أستاذ له، ثم هناك علاقتهما العاطفية التى جعلت الباحث يشكره فى مقدمة بحثه باعتباره والده الروحى (١) ، ولنا أن نتصور كيف يقوم باحث بعمل بحث مادته (أو ضمن مادته) ، والده الروحى.. ليبحث عن ضعفه واحتياجه وخطئه والتوائه ... الخ . ، وقد ناقشت هذه النقطة سابقا فى عجالة ولـكنى أعود إليها هنا بتفصيل لازم :

فقد كنا أمام ثلاث اختيارات : إما أن يقوم بالبحث أحد تلاميذ صاحب المدرسة الناشئة الداعية لفـكرة « الطب النفسى التطورى » والمسهمة فى تطبيق هذه الدعوة فى المجالات المتعلقة بهذا الفرع ومن بينها مجال العلاج النفسى ، وإما أن يقوم بهذا البحث أحد المنشقين عنها لأن عنده فرصة أعمق ومشاركة أطول لمعرفة عيوبها ونقائصها ، وبالتالى فإن موقف المعارضة منها هو موقف يقظ واع يتيح له أن يحدد

ماعليها أكثرمما يحددمالها،وأخيراً فالاحتمال الثالث أن يقوم بهذا البحث «آخر» ليس إلى هؤلاء ولا إلى هؤلاء مما يمكن أن يطلق عليه — افتراضاً — باحث موضوعى .

أما الافتراض الأول — وهو الذى تم فعلا — فهو يضعنا فى موضع خاص إذ هو أقرب إلى « عرض » ما يجرى من وجهة نظر مشتركة تقريباً (مشتركة بين الباحث والمعالج) ، وإلا ما انضووا سوياً تحت لواء هذه المدرسة وهذا العلاج ، وبهذا الإعلان يصبح العرض أميناً لو أسميناه « صورة من الداخل » .

أما الاحتمال الثانى — فسوف يمنحنا صورة دفاعية كذلك ، فهو لاشك خليط بين موضوعية محتملة — حسب درجة تطور الباحث نفسه وأمانته مع وجوده — وبين تحيز مضاد أكيد — هو فى الأغلب مبرر انشقاقه عن المدرسة ، هذا الخليط هو ذاته نفس نتاج الاحتمال الأول وإن كان تميز فى اتجاه مضاد .

أما الاحتمال الثالث — فخبرتى ومشاهدتى واطلاعى على الأبحاث التى يزعم أصحابها الموضوعية، ثم طبيعة مثل هذا العلاج ومحتواه، كل ذلك يجعلنى أجزم أن مثل هذا الباحث المحايد ابتداء سرعان ما سيندرج — خلال دفاعاته الخاصة تحت أحد الاحتمالين السابقين بدرجة أو أخرى ، لأنه فى مواجهة هذا النوع من التفاعل لا بد وأن يدافع أى باحث مغامر عن نوع وجوده ابتداءاً، وإذا كنا قد أشرنا إلى أن الباحث قد هرب من هذا المأزق — مؤقتاً — بأن أعلن أن بحثه يقع تحت بحث « العمليات» لا « تقييم النتائج » فإننا لا نستطيع أن ننفى أنه فى نهاية الأمر ، لا بد وأن يرتبط شرح العمليات بتقييم النتائج ، أو بتعبير آخر إن أبحاث النتائج ما هى إلا نتائج « العمليات الجارية » وليست شيئاً آخر .

ونخلص من هذه المواجهة الضرورية إلى إعلان واقع هذا البحث وهو أننا أمام « عرض وجهة نظر باحث تلميذ

فى ما يفعله معالج هو أستاذ له .. لا أكثر ولا أقل » ، وهذا الإعلان إنمـا يعيد وضع الأمر فى نصابه ولا ينقص حق التلميذ البـاحث فى أن يقول رأيه فى حدود المستطاع . .

أما موقفى الآن كمقدم لهذا البحث فهو أن أضيف للباحث وجهة نظرى فى كونى مادة البحث :

أولا : أنه لابد من اعتبار المعالج ضمن مادة البحث وإلا فسوف يقوم البحث على بعد واحد ، وقد وقع فى هذا الخطأ كثير ممن كتب عن أنواع العلاج النفسى ، فشخصية الباحث كمادة بحث هى التى تفسر لنـا نوع اختياره لمرضاه ، ولسنهم ، وجنسهم (واختيارهم له كذلك) ثم محتوى العلاج ثم هدفه ، وبدرجة هائلة : نتائجه ، بل وفى النهاية فلسفته فى الحياة ومحتوى نظريته ، ولنراجع سـوياً فى هدوء — ولو مصطنع — نوع حالات الهستريا والحواز التى عالجها فرويد ، ولنراجع اختيار يونج لمرضاه ممن هم فى وسـط العمر ، ثم ويلهلم رايخ وزبائنه ومن بينهم فردريك بيرلز مؤسس مدرسة

لجشتالت . . . واختيار أدلر لتوجيه بعض نشاطه للأطفال ، ثم نعيد النظر فى شخصية كل معالج لنرى كيف تحدد شخصيته اختياره وفكره النظرى ونتائجه جميعا .

ولست هنا بصدد تحديد وجهة نظرى من هذه المقولة الخطيرة تفصيلا : من أنا ؟ ولماذا ؟ ولكنى أوافق على أنى « شخصياً » . . و « تماماً » ينطبق علىّ ما زعمته فى الفقرة السابقة . . ، ولكنى أحذر من التمادى فى هذه « الشخصنة » للنظريات العلمية وإلا وقعنا فيما وقع فيه أستاذنا المرحوم الدكتور صبرى جرجس حين عزى كل فكر فرويد إلى ميوله الصهيونية الخفية . . .

ثانياً : أن العلاج النفسى إنما يحدث تغييراً فى المريض من خلال التفاعل بين اثنين ، لأننا لا يمكن أن نتكلم عن تفاعل يقوم به متفاعل واحد وإلا كان فعلا لا تفاعلا ، والمعالج هو الطرف الثانى فى التفاعل ولا بد أن نعترف أنه معرض للتغير هو ذاته بل ربما هو ملتزم بالتغير إن كان التفاعل صادقاً فعلا ،

وفى رأيى أن كل العلاجات التى تدعى أن المعالج « محايد » أو غير متداخل فى التفاعل ، إنما تعلن ضمناً أن تدخله أخفى وأخطر ، لأن موقف الحياد مستحيل ، فإذا كان ممكناً فهو يعلن بشكل ما توقف النمو من الجانبين ، لأن المعالج ثابت مدافع عن ميكانزماته بانسحابه تحت عنوان عدم التداخل ، وبالتالى فلا بد أن يتوقف المريض أو المرضى تحت نفس العنوان وهذا يحقق غرضه الخفى ، فما دام المرضى لن يتغيروا فهو آمن من التغير ، ومثل هذه المجموعات — التى تجتمع تحت عنوان العلاج الجمعى أيضاً — تؤكد بطريقة ما — أن هذا « اللاتغير » هو هو التغير المنشود ، وبالتالى فهى تؤدى وظيفة نافعة إذ تزيح عن كاهل المترددين الزعم بضرورة التغير وحتمية الصيرورة ..

ولكن لابد من الاعتراف أن إعلان المعالج لنوعية تحيزه ، وطبيعة التزامه وحقيقة مخاوفه وأبعاد احتياجه . . هو السبيل إلى الاقلال من « الاتفاقيات السرية » بين المعالج والمتردد ، وإتاحة الفرصة للتقليل من مخاطر التأثير

الخفى الذى يختبىء وراء إدعاء الحياد ، وكأنى أعلن هنا ضمنا أنه لاحياء فى العلاج النفسى — وأذكر القارئ بأن العلاج النفسى « المتمركز حول الزبون » Client Centered Psychotherapy والذى ابتدعه روجرز ، والذى سمى أيضا العلاج غير الموجه Nondirective Psychotherapy قد أعلن روجرز شخصياً — مؤخراً — أنه لا يعرف من أطلق عليه لفظ غير موجه ، واعتذر لفريك فى مقابلة خاصة (فى كتاب عن مقابلات فريك مع الانسانيين فى علم النفس « مازلو وميرفى وروجرز ») أنه لو كان هو الذى أطلق عليه هذا الأسم فهو آسف وتراجع لأنه لا يوجد علاج غير موجه . . وإلا لما كان ثمة علاج . .

فالموقف إذا كالتالى : إما موقف من المعالج معلن وقابل للتغيير والتفاعل والمواجهة ، وإما موقف سرى شديد التأثير والمناورة بعيد عن متناول النقاش والجدل الحيوى ، وأخطر

المواقف السرية هو ما كان سريا على صاحبه ذاته . . ونقابل تأثير هذه السرية الخفية أكثر مانقابلها عند أشد المعالجين حماساً للحياد . .

فإذا انتقلنا إلى المعالج كمادة لهذا البحث فإننا نقابل تعليق الباحث فى أكثر من موقع بأن المعالج كان يكشف نفسه ، ويعلن احتياجه ، ويدافع عن حقه فى الضعف .. الخ وقد اعتبر الباحث هذا دليلا على تطور المجموعة من جهة ودليلا كذلك على نمو المعالج من جهة أخرى ، ولكن علىّ أن أثير من جانبى هنا عدة نقاط إضافية :

١ — إن إعلان المعالج لموقفه لا يعنى بالضرورة أن هذا هو موقفه ، بل قد يعنى محاولة علاجية تحددها مسئوليته ، والتزامه فى وقت محدد تجاه فرد محدد فى مرحلة بذاتها من تطوره ، على أنى أتصور أن هذا التكنيك العلاجى لم يكن ليخفى على عديد من أفراد المجموعة ، وأعتقد شخصيا أن مرحلة المجموعة قد تخطت مثل هذا الموقف الحر فى الصرف.

٢ — إن إعلان المعالج لموقف ما ، قد يخفى عن المعالج نفسه أن هذا ليس موقفه (راجع موقف إعلان الحياد . . وقارنه باحتمال الشبه بينه وبين موقف إعلان التعرى هنا) .

٣ — إن اعلان للمعالج لموقف ما قد يكون مناورة من نوع التمويه ذى الدرجتين Double blouffing ، فقد يعلن المعالج أنه يتدخل فى حرية الآخرين ، وأنه من واقع مسئوليته ملزم بإعلان أنه يعالجهم لسد احتياجه ليس إلا ، فيبدو بذلك وكأنه أمين وموضوعى . ولكن هذا الاعلان فى ذاته — بما يحمل من مظاهر الأمانة والموضوعية — قد يثير فى الأعضاء احتمال أن هذا ليس صحيحاً وأنهم أحرار حقيقة فى اختيار طريقهم دون تأثير غير مباشر من المعالج ، وأن المعالج بإعلانه هذا قد كشف ورقه ، والباقى مسئولية المترددين ، وقد تحمل هذه الاستجابة فى ذاتها خدعة أعمق لأنها تغرى المترددين والمرضى بإلقاء أسلحة حذرهم فى حين أن الأمر يسير فى نفس الاتجاه الذى حذر منه ، أو بألفاظ أخرى

« إن كشف ورق المعالج إذ يؤكد تدخله قد يسهله لأنه لا يثير الحذر الواجب ضد ذلك »

ولم يكن الباحث — على قدر تصورى فى موقف يسمح له بأن يصل إلى الشك فى نوايا المعالج لهذه الدرجة ، ربما لتعداد العلاقات المتشابكة بينهما ، إلا أنى وضعت هذا الأمر بوضوح لمراحل تالية من البحث ، وحتى لا يكون الحماس الخادع هو نهاية تصور الحقيقة .. ، فإذا كان لى أن أعترف فأنا لا أعرف عن نفسى أكثر مما ذكره الباحث وإن كنت لا أستبعد هذه الدرجات الأخرى من التمويه ، وهو أمر بعيد عن إدراكى حالياً أتركه لاختبار الزمن . . أو لباحث أكثر تشككا وربما أشجع . . وربما أكثر دفاعاً وتخوفا . . الخ ولكنى أخشى فى نفس الوقت أننا لو فتحنا باب التشكيك إلى التمويه المزدوج ثم الثلاثى ثم الرباعى . . أن نصل فى النهاية إلى موقف « الشك المطلق » وليس فقط « الشك المنهجى » حتى لنستعمل لغة ديكارت وكأن الحقيقة الوحيدة فى كل هذه القضية هى أن

الباحث يشك ، أما نتاج ما يشك فيه وحقيقته الموضوعية فهى ليست فى متناوله شخصياً (ولا فى متناول أحد بالتالى) .

إلى هذا الحد قد يصل بنا التسلسل الطبيعى إلى الاعتراف بالعجز النسبى أو المطلق عن الموضوعية . . ولكن دون التسليم اليائس بعدم إمكان تحديد حقيقة ما يجرى خارج عقولنا ، لأن كل ذلك سيتوقف فى النهاية على من هو « الباحث » الذى يشك ، الأمر الذى دعانى إلى أن أضعه هو ذاته كمادة للبحث (وهى الفقرة التالية مباشرة) .

٣ — الباحث :

تعودنا فى التفكير العلمى السائد فى مجال علمنا هذا ألا ندرج الباحث تحت موضوع «مادة البحث» إلا إذا استخدمنا مقولة الاستبصار Introspection كوسيلة للبحث حيث يكون فيها الملاحظ هو نفسه الظاهرة تحت الملاحظة ولكنى هنا أدرج الباحث تحت مادة البحث من باب آخر وهو أن الباحث فى موقفنا هذا

يصدر فى النهاية أحكاماً نابعة من إدراكه لمجريات الظواهر، سواء كانت أحكاماً بالنسبة للعينة التى انتقاها ليقدم من خلالها وجهة نظره ويدعمها، أم طريقة سلسلته للأمور، أم تقييمه لما يجرى أم تفسيره لكل ذلك .. فهذه الخطوات كلها تشمل أحكاماً .. فهى ليست إطلاقاً مجرد تسجيل ملاحظات والربط بينها، وهو بمجرد أن يصدر هذا الحكم المتلقى (القارئ أو الطالب أو الباحث الزميل أو المقيّم للبحث) فإنه يصبح بذلك مادة فى بحثه ونتيجة فى نفس الوقت ... ومن حق كل هؤلاء أن يقيّموه هو ذاته من خلال ما يقدمه .. وكأنى بهذا أضيف صعوبة جديدة فى موقفنا البحثى هذا وهى أن البحث برمته منذ انتقاء الموضوع إلى انتقاء الطريقة إلى انتقاء عينة المعلومات إلى طريقة عرض النتائج إلى تفسيرها .. كل ذلك هو فى مقام مادة البحث التى ينبغى وضعها فى الاعتبار ونحن نتناول البحث .. وإلا فنحن معرضون لخداع مضلل ...

وما دام الباحث أصبح «أداة البحث» و« مادته » معاً فإن

تناول هـذا « المتغير » بدقة وتمحيص : بما له من صفات الأمانة العلمية وسعة الأفق ، وما عليه من دفاعات ومخاوف داخلية ، يعطى للبحث مكانه الدقيق فى الكشف عن جوانب ما يبحث ، إذ لا يمكن أن نكون موضوعيين بحال إذا أهملنا موقف الباحث من الحياة ، ومدى رؤيته ، وطبيعة علاقته بالوجود وبذاته .. بما فى ذلك فلسفته وموقفه من الدين والسياسة والزوجة والأولاد ... لأن كل ذلك يحدد بطريقة أو بأخرى اتجاهاته من البحث من هذا النوع ، وقد تكون النتيجة الهامة التى يخرج منها قارئ لمثل هذا البحث أن هـذا الباحث عاجز عن الرؤية الشاملة ، أو أنه ظالم خائف ، أو أنه عادل شجاع إلى آخر هذه الاحتمالات المتنوعة ...

وهذا يرجعنا أيضا إلى ضرورة إعداد باحثين لهم كفاءة خاصة ، وصفات خاصة (راجع الجزء الثانى من هـذا الكتيب : الأداة البشرية) وإلا فنحن أمام باحثين من

«المريدين» أو باحثين من « المدافعين الخائفين » لا أكثر ولا أقل . .

وكل هذه الإعتبارات تنبهنا ثانية إلى أنه مادام الباحث « إنسانا » فى مجال « علم انسانى » فلا سبيل إلا بالمغامرة ، ولا أمان إلا بالحذر ، وحتى إذا تصورنا أننا أمام عقل إلكترونى محكم . . وأننا سوف نترك له الحكم النهائى بحساباته الآليه . . فإننا سنواجه بالتساؤل العملى « من الذى سيغذّى هذا العقل بالمعلومات ؟ أليس إنسانا له موقفه ومميزاته ... » الخ

* * *

وبتنوع مادة البحث من المرضى والمترددين إلى المعالج إلى الباحث ذاته نجد أنفسنا مرة أخرى – وأخيرة — فى موقف يكشف مرحلة صعبة مرّ بها التفكير العلمى ردحا من الزمن ، وأعتقد أنه لم يتحمل غموضها وتشابكها ، فاذا به

ينتهى فى كثير من الأفكار المعروضة كبدائل عن هذه الصعوبة إلى حلول شائهة وخطيرة ، لا أجد مناصا من التلميح إليهما :

١ — فقد لجأ فريق إلى الاكتفاء بقياس « جزئيات السلوك » ونسوا أثناء ذلك أن انتقاء قياس هذا الجزء من السلوك دون ذاك ، وانتقاء هذه الأداة للقياس دون تلك ، إلى آخر عمليات الانتقاء والتخطيط ، هى جميعاً من ضمن موقف ذاتى قد يكون هروبا من مواجهة مشاكل كلية أعمق مثلما طرحنا سابقا ، وقد وضعنا هذا الاتجاه فى مأزق تشويه الانسان بتجزيئه دون غائية أو عمق شامل ، وإن كنت لا أنكر أن اتفاق معرفة الجزء هو سبيل لازم لتجميع معالم الكل فى أحيان كثيرة .

٢ — أما الفريق الآخر فقد لجأ إلى رفض البحث العلمى — فى مجال الإنسانيات — بصورته هذه تاركا الأمر إلى

الانطباع والتأمل الشخصى من خلال التجربة التلقائية وإصدار الأحكام على مسئولية مصدرها ، حتى كادت المسألة أن تصبح — فى تقدير هذا الفريق — أقرب إلى التفكير الفلسفى من موقع التأمل بعد الاستيعاب ، وقد هوجم هذا الفريق واتهم أنه يرجع بالعلم إلى ما أسموه «البحث على مقعد وثير» ، أى بعيداً عن الممارسة العملية والتجارب وإعادتها إلى آخر هذه القصة . . ، وفى رأيى أن هذا الفريق قد أضاف إلى علمنا قدراً من التنوير لا يقل عن الفريق الأول . . بل لعله يزيد ، وأن اتهامه «بالبحث على مقعد وثير» هو اتهام من لم يعرف معاناة التفكير الخلاق وهو يبحث عن جديد . . لا يلتزم فيه إلا بصدق ذاتى يحاول أن يقربه من الصدق الموضوعى ، فالقعد فى رأيى ليس وثيراً بل هى معاناة متصلة ، يرجع الحكم فيها إلى ضمير يقظ قادر على رفض كل مسلمة مسبقة . . على مسئوليته (أى دون أن يجن) .

٣ — أما الفريق الأخير فقد اكتفى « بالخبرة الفنية » رفض البحث فى الجزئيات بزعم أنه تشويه للحقائق الكلية ، ثم خاف من إصدار الأحكام الانطباعية ، حتى أصبحت المسألة — فى تقدير هذا الفريق — نوعا من سر المهنة ، ينتقل من معلم إلى صبى بالمحاكاة فالتقمص فالتعاطف فالتفجر من الداخل ، وسار التعليم فى هذا السبيل بكل الوسائل المعروفة فى أى حرفة من الحرف . وكانت الدلائل تشير إلى أن الأمور تسير فى اتجاه سليم نافع . . هو استمرار نجاح الحرفة فى أداء المطلوب منها ، ورغم أن هذا هو الطريق العملى السائد عند أغلب الممارسين حيث تعتبر كل مقابلة للمريض نوع من البحث العلمى ، وكل نتيجة للعلاج تقييم لهذا البحث ، وكل خبرة من أستاذ لطالب هى إعطاء سر المهنة ، إلا أن هذا السبيل يضعنا فى مأزق حقيقى لأنه يبتعد بنا عن معنى العلم الحق ، ويعرض المهنة بالتالى للانقراض ، لأنه إذا لم تنتقل الخبرة « العامية » إلى دوائر أوسع فأوسع ، وتدون فى شكل أثبت وأبقى ،

فإنها قد تصبح حكراً على فئة محدودة معرضه للانقراض أو التشويه السرى تحت ستار سر المهنة ، والتاريخ ينبئنا بمثل هذه المضاعفات (التشوه أو الانقراض . .) فى كثير من المهن القديمة كالكهانه ، وبعض الحرف الفنية اليدوية (الخزفية والنحاسية الخ . .) وبعض الحرف المزاجية (حرفة « الخرمنجى » . . الخ)

وبعد

وهكذا نجد أنفسنا فى هذا البحث وقد التزمنا بشق طريقنا الصعب « بما يمكن » دون استسهال يلبس ثوب الموضوعية ، أو تنظير هو أقرب إلى التفلسف (لا الفلسفة) أو صمت يلبس ثوب الحرفيه ويكتم سر المهنة . .

ولعل تقييمى الأول لما منحنا هذا البحث هو الطمأنينة إلى أنه بإمكاننا أن نخترق كل هذه الصعوبات برغم شدتها ، إذ أن تسجيل الملاحظات بهذه الدقة والشجاعة — مهما

كانت انتقائية — ثم عرض الآراء صريحة دون شعور بالنقص أو اختباء وراء الأرقام ، ثم الحماس الظاهر لهذه الآراء دون تردد . . ثم التفسير ووجهة النظر الشخصية فى جلاء محدد . . كل ذلك هو خطوة لازمة على مسيرة البحث العلمى ، وهى خليقة أن تثير حواراً ؛ على الجميع أن يواجهوه بشجاعة ، ثم يأتى الزمن يحكم بين الجميع على مراحل متتالية ، إذ يصدر حكمه على المدى القصير بمقياس انتشار الفكر وفائدته العاجلة ، ثم على المدى الأبعد بمقياس استمرار الفكر وتحديه ، ثم على المدى المطلق بمقياس الاسهام فى مسيرة التطور للنوع كله : وحكم الزمن هو الفيصل النهائى فى كل مبحث يتجرأ ليعلن أنه رأى زاوية من زوايا الحقيقة .

وأعتذر فى النهاية إذا أطلت حتى انتهيت إلى هذه النهاية المزعجة والمسئولة فى نفس الوقت ، ذلك لأنى من أشد الناس إشفاقا على إضاعة وقت الباحثين — وخاصة الشباب منهم — فى توهم موضوعية لا وجود لها إلا بقدر الاعتراف بعجز

الباحث ومحاولته هو نفسه التطور للاقتراب من الموضوعية فى كل مناحى حياته ، وكذلك فإنى من أشد الناس حرصاً على تذكير كافة الباحثين فى مجالنا هذا بضرورة التسجيل وإبداء الرأى دون مخاوف أو تردد أو تلكؤ . .

خامسا : معالم « طريقة العلاج »

موضوع البحث

لما كان الباحث قد حملنى مسئولية هذه الطريقة التى قام بالبحث فيها ، فإنى انتهز الفرصة فى هذا التقديم المطول لأحدد معالمها فى خطوط عريضة ، تتفق مع ماجاء فى البحث حينا ، وتختلف معه حينا آخر . . فأقول :

١ — مرة ثانية : إن العلاج النفسى هو جوهر الطب النفسى ، وهو المميز الحقيقى لممارسته ، وإن العلاقة بين إنسان وإنسان بهدف تغيير سلوك مضطرب ، أو معطِّل ، أو طفيلى . أو مغترب (أو على الأقل إخفائه) هو لب العلاج النفسى .

٢ — إن العلاج الجمعى بصفة عامة هو صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسى (بالتعريف السابق).

٣ — أن تغيير السلوك، أثناء العلاج النفسى أو بدونه، من خلال علاقة إنسان بإنسان ليس دائما، إلى أحسن، وأن اختفاء الأعراض هدف مطلوب دائما، وإن كان خطيراً أحيانا، لأن الاختفاء قد يتم على حساب نمو الشخصية أو على حساب التفاعل الوجدانى الأعمق أو على حساب «شخص آخر» (فى تفاعل وجدانى عميق مع صاحب الأعراض).

٤ — إذاً، فإن اختفاء الأعراض لا يصف نوعاً معيناً من العلاج لأنه يتم بطرق مختلفة من العلاج (من بينها العلاجات العضوية) وحتى بغير علاج..

٥ — إن الطريقة التى تختفى بها الأعراض، والهدف من اختفائها، ومسيرة الفرد بعد اختفائها هى التى تحدد نوع هذا العلاج من ذاك.

٦ — وعلى ذلك يمكن تحديد نوع هذا العلاج وطبيعته من خلال تفسير هذه الفقرة الأخيرة بالنسبة لما يجرى فيه ، ومحاولة تفسير ذلك وتحديد غايته . . هي بغيتنا هنا

٧ — أن هذا التحديد والتفسير لا بد أن يشمل ابتداء موقف المعالج نفسه ، وتكوينه الشخصى ، ومرحلة تطوره ، واحتياجه لممارسة هذا النوع أو ذاك من العلاج ، وسبب إصراره على المشاركة فى مسيرة النمو دون الاكتفاء باختفاء الأعراض (أو العكس) ، وهذا التكوين الشخصى — كما سبق أن ألمحت — هو الذى يحدد انتقاء الطريقة وتطويرها وانتقاء نوع المرضى ، واستجابة المرضى لهذا الانتقاء واستمرارهم معه .

ولكل معالج أن يختار الطريقة التى تشحذ رؤيته ، أو تعميه عن موقفه ، هذا حق إنسانى صرف ليس لأحد أن يحرمه منه إلا بقدر حظه من ضريبة التنوير العام التى تتناسب

مع مرحلة نمو مجتمعه عامة ، لأنه من البديهى أن كل فرد — وكل معالج بالتالى — فى لحظة ما من مسار تطوره لا يستطيع غير ذلك ، وبالتالى فإنه يحدد طريقة العلاج والهدف منه على قدر الجرعة التى يتصور أنه يتحملها ، وإلا فمن ذا ينقذه إذا تعرض لجرعة فوق طاقته وهو متحمل مسئولية علاج آخرين ؟ .

وكأنى بكل هذا أقرر أن العلاج النفسى عامة ، والعلاج الجمعى خاصة تختلف طرقه بعدد اختلاف الأفراد الذين يمارسونه ، وأن انتقال معالج ما من مرحلة إلى مرحلة : مثلا من العلاج الفردى إلى الجمعى : (مثل روجرز الذى أعلن أنه لم يعد يستطيع أن يمارس العلاج الفردى ثانية ، وقد أصبحت أنا كذلك منذ عامين ، ثم بيرلز الذى أعلن أن حتى العلاج الجمعى كاد يصبح بعيدا عن متناوله . . . الخ) ، أو حتى التغير فى النوع ذاته مثل الانتقال من نوع علاج

« الفرد فى المجموعة » إلى نوع « علاج المجموعة ككل » أو العكس . . ، كل ذلك إنما يدل على تطور المعالج ذاته ، أو تراجعه ، حسب مرحلة نموه أو درجة خوفه .

ومن خلال كل ذلك نستطيع أن نخلص إلى نتيجة بسيطة ومنبهة للغاية ، وهى « أن كل أنواع العلاج القائمة بعيوبها ومزاياها مطلوبة لأن المرضى يختلفون ، وبالتالى فينبغى أن يكون هناك من يقابل احتياجاتهم من المعالجين المختلفين بنفس قدر اختلاف المرضى » ، والتلاقى بين هذا الطبيب (أو المعالج) وبين ذلك المريض واستمرارهما معا هو تحديد ضمنى لمرحلة تطورهما معا ، وتلاقى مجموعة بالتالى واستمرارها مع معالج بذاته هو تحديد أيضاً لمرحلة هذه المجموعة [ويمكن تعميم ذلك على المجتمع الأوسع بصورة مجملة بالنسبة للقائد والشعب مثلا : كيفما تكونوا يولّ عليكم !] .

ومن خلال هذه المقدمة أستطيع أن أقرر معالم هـذا العلاج خاصة كالتالى مباشرة :

١ — أن هذا العلاج يتفق مع احتياجاتى فى هذه المرحلة من الرؤية والتطور ، وأنى لم أعد أستطيع أن أمارس العلاج الفردى إذا أردت الحفاظ على أمانتى من نفسى .

٢ — أنه فيما عدا فترات محدودة أوضحها الباحث فى حالة « على » (المتواجد فى المستشفى أثناء حضوره المجموعة) فإن الحضـور إلى هذا العلاج يتم باختيار كامل ، وبالتـالى بمسئولية كاملة .

٣ — أن الأسلوب الجارى فى هذا العلاج هو أسلوب تلقائى أساساً ، وأنى لا ألتزم فيه بقواعد محددة ، وأن تلك القواعد التى سجلها الباحث هى نتاج التفاعل والخبرة والسلوك التلقائى فى الهنا والآن ، المرتبط بشريط الحيـاة Script

الفائى المحدد فى شعورى بدرجة ما . . والمستقر فى لاشعورى بدرجة لا أعرفها بداهة .

٤ — أن هذا السلوك الفائى مرتبط على حد علمى (ربما للأسف) بمقولة بعيدة عن الواقع إلى حد ما وهى «أن الإنسان عامة قادر على أن يستمر فى النمو ، بحيث يصل إلى مرحلة يحتاج فيها إلى قدر ضئيل — أو منعدم — من الدفاعات ، وأن هذا وحده هو السبيل لإطلاق قدرات إبداعه وإعطاء حياته معنى ولمسيرته هدفا» .

٥ — أن التوصيل بين هـــذه التلقائية الآنية وهذا الهدف المطلق هى مهمة هذا العلاج ، وهى مهمة صعبة لدرجة تبدو مستحيلة (ربما لأن الوجود الإلهى ؛ أو شبه الإلهى هو الوجود الأوحد المنعدم فيه اللاشعور) ، وبالتالى فإن الفرد فى الأحوال العادية غير قادر على أن يحاولها ـ مجرد محاولة ـ وحده .

٦ — أن ظهور الأعراض هو النتيجة المباشرة لمثل هذه المحاولة المجهضة ، أو المعجزة ، أو المرهقة ، (وهى محاولة كيميائية بيولوجية كيانية فى نفس الوقت)

٧ — أن طلب زوال الأعراض هو إعلان طلب العون من آخر ، (يعرف الحكاية) ، أو آخرين يحاولون نفس المحاولة .

٨ — أن هذا العلاج الجمعى يحقق هذا الاحتياج المرحلى بتواجد شركاء على نفس الطريق يقومون بنفس المحاولة .

٩ — أنه إذا زاد الاحتياج — والاعتماد على هذا الذى يعرف الحكاية أو يعايشها ، أو على هؤلاء الذين يحاولون نفس المحاولة ، فإن العرض قد يستبدل بالاعتماد على هذا أو ذاك . . وتحدث خدعة توقف النمو (وقد ناقش الباحث هذه النقط بإيضاح مسهب فى أكثر من موقع)

١٠ — أنه إذا حققت هذه المشاركة هدفها الأصلى ـ تخفيف الألم وكسر الوحدة ـ دون التوقف عند مرحلة الاحتياج والاستبدال ، فإن الفرد قادر بعدها على الاستمرار بعد اكتساب ميزتين هما نتيجتان طبيعيتان لكل ذلك .

(أ) الاعتماد على المصادر الذاتية معظم الوقت : إذ يصبح احتياجه للآخرين موقوت ، ومرتبط بمواقف معينة ، ويصبح قادراً على أن يمارسه دون ارتباط معوق ، لأنه فى رحلته منه وإليهم ، وبالعكس ، يبدأ من قاعدة ذاتية ثابتة ، ويعود إليها دون تخلخل عنيف فى رحلة الذهاب والعودة .

(ب) التقبل النشط : وأعنى به القدرة على ممارسة الحياة مع كل الناس دون استثناء بالقدر الذى يضطر إليه فى سلوكه اليومى المختار (لاحظ التناقض الظاهرى بين الاضطرار والاختيار .. إلا أن عمقه هو نفسه تناقض الواقع المحيط) ولكن هذا التقبل نشط بمعنى أنه ليس مجرد فرصة سلبية

أو استعلاء « ودعه يفعل » Laissez Faire ولكنه احترام للاختلاف رغم المحاولة المستمرة للتفاعل والالتحام .

١١ — أنه انطلاقا من هاتين الركيزتين (الاعتماد على المصادر الذاتية والتقبل النشط) ، سوف يجد هذا الفرد نفسه ملتزماً — إزاء نفسه أساسا — بقضية هذا الأسلوب فى الحياة الذى توصل إليه من خلال العلاج ، وسوف ينجح فى ذلك من خلال نشاطه اليومى العادى كقدوة وكعضو متفاعل بلغة الواقع السائدة .

١٢ — أنه من خلال هذا الموقف الأخير يستطيع أن يستغنى هذا الفرد — رويدا رويدا — عن احتياجه للدفاعات المشوهة ليحقق الهدف الذى أعلنته سابقاً وهو يحقق فرض « أن الإنسان قادر على أن يستمر فى النمو بحيث يصل إلى درجة لا يحتاج معها إلا إلى أقل القليل من الدفاعات » .

* * *

هذا هو التصور النظرى الذى يبدأ من احتياجى الشخصى ، وينتهى إلى اتباع أسلوب يهدف إلى أن يكون هذا الاحتياج الشخصى احتياجاً عامًا .. وبالتالى تنكسر وحدتى ويخف ألمى ..

ولكن هل يعنى ذلك أن المسألة برمتها مسألة شخصية؟

وهل يعنى ذلك أنى لا بد وأن أفرض تحقيق هذا الاحتياج على من يقع فى طريقى ؟

وهل يعنى ذلك أن المسألة تبتعد رويداً رويداً عن الموقف العام لمهنتى وعلى لتصبح تصوراً خاصاً ومطلباً جانبياً ؟

الحق أقول — على حد علمى ومسئوليتى — أن الجواب بالنفى . .

وإنما يتقرر ذلك من عدمه إذا تتبعنا مراحل العلاج بالتفصيل ، ودرسنا أسلوب التفاعل (وقد قام الباحث بعرض هذا الجزء الأخير عرضا أمينا ووافيا) ، هذا بالإضافة إلى

أن هذا الاحتياج الشخصى هو جزء لا يتجزأ من تصورى لطبيعة هذا العلم الذى أمارس بعض جوانبه فى مهنتى ، والتصدى لعلاج آخر مرتبط أشد الارتباط .

(أ) بظهور الأعراض من ناحيــــة ، . وتجمعها عادة فى زملة بذاتها .

(ب) بنشاط الجهاز العصبي بصفة عامة ، واضطراب تناسق مستوياته بصفة خاصة ..

فالأعراض تظهر حين يعاق هذا التسلسل الذى ذكرته ، وتناسق الجهاز العصبي يختل نتيجة لإجهاض محاولة استمرار المسيرة ...

وبالتالى فإن العلاج هو إطلاق هـذا التسلسل وتهيئـة الظروف المناسبة لاستكمال المسيرة ...

وهكذا يرتبط الاحتياج الشخصى بالتطور الفطرى فى إطار عضوى يترجم إلى فعل يومى فى ممارستى مهنتى...

فإذا انتقلنا إلى الطريقة وخطواتها فاننا نجد أنه يمكن للمريض أن يتوقف عند أى مرحلة يستطيع التوقف فيها وقد بين الباحث أيضا هذه النقطة بجلاء وناقشها بإفاضة .

وعلىّ أن أكمل ما لم يرد فى البحث بالنسبة للمراحل التى يمر بها المريض (أو المتردد) أثناء رحلة العلاج بهذه الطريقة :

١ — تختفى الأعراض بعد فترة — لا تطول عادة — من بداية العلاج ، واختفاؤها يكون نتيجة لعودة الدفاعات السابقة للعمل ، أو نتيجة لاكتساب دفاعات جديدة أهمها العقلنة Intellectualisation والتقديس Idealisation للمعالج ، وهو يشمل الاعتماد ، فالمريض من خلال حركة

المجموعة النشطة وتأثير المعالج سرعان ما يفهم طبيعة الأعراض .. ولكنه مجرد فهم ، ثم هو قد يتحمس للحلول التى يستوحيها من موقف المعالج وإيحاءاته ، وهو يبالغ فى تعظيم صفاته وقدراته ، ويتزايد الفهم العقلى دون عمق الاستيعاب الوجدانى ، ويتزايد تصوير المعالج بالقائد أو الساحر ، أو صاحب الطريقة ... تتلاشى الأعراض فى هذه المرحلة .

٢ — تستمر هذه الفترة لمدة تطول أم تقصر حسب كل حالة ، وتتوقف هذه المدة على تكوين الشخصية ، ونوع التشخيص ، وموقف علاقات المريض بالآخرين من المحيطين خارج المجموعة . .

٣ — قد ينقطع المريض عن العلاج فى هذه المرحلة ويعتبر قد شفى بالمقاييس العادية .

٤ — إذا استمر المريض فى الحضور بالرغم من اختفاء الأعراض فإن هذين الدفاعين (العقلنة والتقديس) لا يعودان يشبعانه ، فيبـــدأ الرفض الداخلى لها يعلن طبيعتهما المؤقتة ، كما يبـــدأ ضغط المجموعة يكشف هذه الحيل الهروبيـة (وقد لوحظ هذا الضغط فى هذا الاتجاه مراراً فيما قدمـه الباحث) ، فإذا أضيف إلى هذا وذاك قرار المعالج برفض استمرار هذا النوع من التحسن (ويتوقف ذلك على حساباته وتوقيته ومسئوليته) ، فإن المريض لا بد سيواجه مرحلة جديدة نشطة ومتحدية .

٥ — تبدأ مرحلة الهجوم على المعالج ، ويظهر هـــذا الهجوم فى أشكال مختلفة ظهرت أغلبها فيما عرضه الباحث ، وأهم صورها :

(أ) الهجوم اللفظى المباشر بالسباب أو الاحتجاج أو المقاطعـــة .

(ب) الاتهام بأنه « صاحب طريقة » أو « ديكتاتور » أو « مجنون » أو « مثالى » ... الخ .

(حـ) الهجوم الجسدى بالتفاعل الجسدى معه .

(د) الهجوم بالتشويش وبإعاقة المجموعة ، أو الاحتكار، أو التسخيف .

٦ — قد يتخذ المريض هذا الهجوم مبرراً لانقطاعه ، ولكنه انقطاع من نوع آخر غير ماذكر فى رقم (٣) ، فالأول انقطاع « الهارب الشاكر » أما هنا فانقطاع « المحتج الثائر » ، وفى خبرتى فإن هذا الانقطاع الأخير أفضل والمريض فيه أقل عرضة لعودة الأعراض بنفس سرعة عودتها فى الحال الأولى ، ورغم أنه يدمغ المجموعة والمعالج ويصفها بأنها مؤذية وضارة وتكون إجابته سلبية فى أغلب أبحاث الاستبارات للمنقطعين إلا أن فائدتها أعمق أما الأول فقد يجيب بحماس عن الفوائد التى عادت عليه

فى حين أنه لم يستفد كثيراً أو طويلاً ... [لاحظ المناقشة فى أول المقدمة حول قيمة هذه الاستجابات وحقيقتها]

وأضيف أن انقطاع « الثائر المحتج » يبدو فيه المريض أكثر دفاعاً وأقل رؤية ، ولكنى لاحظت بالمتابعة المتأنية أنه بعد حوالى عام (فى المتوسط) يبدأ فى استيعاب خبرته أيام المجموعة . . ويستمر تدريجياً وبوعى جزئى فى تقدمه نحو الأحسن .. أكثر من زميله « الهارب الشاكر »

٧ — قد يمر المريض بهذه المرحلة دون إعلان العدوان الصريح وإن كان المحتمل أنه يمر ببعض هذه المشاعر ويصل إلى مثل هذا القرار وحده دون إعلان .

وقد يتخذ العدوان أشكالا سلبية أخرى منها :

(أ) التوقف عن ممارسة الحياة الخارجية بأى درجة من الفاعلية ، مثل التوقف عن الدراسة أو الذهاب للعمل . وإعلان الفشل (رغم اختفاء الأعراض الأخرى) .

(ب) التهديد بطلاق الزوجة أو ترك الزوج أو هجر البيت .

(ج) مضاعفة الاعتماد على المعالج والإفراط فى تبعيته . .

وكما يبدو فإن كل هذه الأساليب هى عبارة عن توجيه اللوم للمعالج ضمناً بمعنى « ما دمت صاحب هذه الطريقة ، وقد خدعتنى وأغريتنى باتباعها ، فهاك مضاعفاتها ، وعليك وحدك أن تتحمل نتائجها .. وها أنذا ضحيتك المشوهة » .

وينتهى هـذا العدوان الصامت ، أو العدوان السلبى ، باحتمال انسحاب العضو من المجموعة أيضاً ، وبعد انقطاعه تختفى هذه الاحتياجات السلبية مع اختفاء الأعراض السابقة ويعود إلى حياته وزوجته ويعتبر هذا الانقطاع أقل ضماناً من سابقيه ويمكن تسميته «المنسحب الرافض» وهو يختلف عن « الهارب الشاكر » من ناحية وعن « المحتج الثائر » من ناحية أخرى ، على أن استمرار جدوى هذا النوع من

الانسحاب (المنسحب الرافض) ومدى فاعليته فى اختفاء الأعراض ، وفى استيعاب الخبرات التى استفادها المريض من المجموعة فيما بعد ، هو أقل مما ذكرنا بالنسبة للمحتج الثائر ، ويكون هذا الانسحاب أكثر تهديداً للمجموعة وإعلاناً للرفض حين يكون حضور هذا الفرد مرتبط بحضور فرد آخر (مثل انسحاب الزوجه رغم استمرار حضور زوجها) ويشمل هذا الانسحاب بالإضافة إلى الدفاع الذاتى رغبة فى توقف المجموعة ككل وإفشائها . (أنا ذاهب . وانت وشطارتك) .

٨ — قد يستمر أحد هؤلاء الثلاث تحت ضغط المجموعة ، أو الشريك ، أو التهديد بظهور الأعراض ، أو الرغبة الظاهرية فى استكمال « الفرجة » ولكنه يحاول أن يفرض شروطه ويحول مجرى المجموعة إلى مجموعة اعتيادية أساسها الدردشة وتصور التميز عن المجتمع الخارجى ، فإذا ووجه برفض

شروطه عاد للانسحاب بنفس الأسلوب القديم ، أو حاول إفشال المجموعة والتشكيك فيها بكل وسيلة (وقد أورد الباحث أمثلة لهذا الموقف أيضاً والذى يمكن أن يلخص فى أنه موقف : « فيها ـ بشروطى ـ أو أخفيها ») .

٩ — إذا تخطى المريض هذه المراحل واستمر مع ذلك فى حضور المجموعة ، فإنه يكون قد اقترب من احتمال تغير نوعى فى وجوده : وهذا يعنى مواجهة جديدة أعمق قد فرضت عليه إذ لم يعد الاعتماد مقبولا ولا العدوان مبرّرًا (وكان مرحلة الاعتماد تقابل الموقف الشيزويدى ، ومرحلة العدوان تقابل الموقف البارنوى . وهو الآن على أبواب الموقف الاكتئابى) وفى هذه المرحلة يجد المريض نفسه فى مفترق طرق ثلاث :

الأول : أن تعود الأعراض القديمة ، ولكنها عادة تعود بشكل محور وبحدة أقل .

الثانى : أن تظهر أعراضٌ جديدة بديلة عن الأعراض القديمة ، ولكن من واقع ميكانزمات أخرى، وقد لاحظت أن هذه الأعراض الجديدة فى كثير من الأحوال تكون أعراضاً جسمية (سيكوسوماتية) تصل فى عنفها (وتهديدها) إلى تهديد الحياة ذاتها مثل أعراض الذبحة الصدرية التى تكاد تقول (إما أن تتركونى .. أو أموت) .

وفائدة الأعراض الجسمية أنها أخفى، وأبعد عن تناول المعالج ، وهى أبعد أكثر فأكثر عن تناول المجموعة، وكأنه يقول بها « إن جسمى هو الآن المشكلة ، إن مرضى عضوى ، وعلاج الكلام والتهريج هذا لم يكتشف حقيقة اضطراب أعضائى ، وإذا كان المعالج طبيبا يفهم فى الجسم فليظهر لى شطارته ، أما أنتم فإيش عرفكم باضطرابات الجسم ؟ »

الثالث : أن يواجه المريض انهيار دفاعاته القديمة والجديدة معاً ، وبالتالى يواجه اضطراره لمواجهة الواقع بحجمه

ـ بدرجة أو بأخرى ـ وهنا يقترب أكثر فأكثر من أبواب الاكتئاب الحقيقى الذى يعلن بداية علاقة حقيقيـة بالعالم الموضوعى الذى يتمثل « هنا والآن » فى أعضـاء المجموعة بعيوبهم وميزاتهم ، إذ لم يعـــد يصلح أن يعتمد عليهم أو يعتدى عليهم، وهذا الاحتمال الثالث هو ما يقابل الموقف الاكتئابى فى نمو الطفل (عنـد ميلانى كلاين وجانترب) وكذلك هو ما يقابل « المأزق » (عند بيرلز) .

وإن كنت أميل إلى عدم إطلاق لفظ الاكتئاب على على المشاعر المصاحبة لهذه المواجهة وأفضـل عليها لفظ الألم (وقد ذكر أيضا فى إحدى الجلســات) وذلك لأن لفظ الاكتئاب أصبح رمزاً لعرض محـدد أو مرض بذاته وقد أسىء استعماله أشد الإساءة ، أما الألم هنـا فيتمـيز عن الاكتئاب بأنه :

(أ) يحدث هنا تحت تأثير درجة من الوعى والاختبار.

(ب) لا يصاحبه عادة « شعور بالذنب » .

(ح) يكون الفرد فيه قد تخطى مرحلة الثنائية الوجدانية Ambivalence إلى محاولة الاقتراب من مرحلة تحمل التناقض Tolerance of ambiguity

١٠ — قد يدرك المريض ما ينتظره من مواجهة حقيقية للواقع بحجمه وقد يخاف من هذه الخطوة بشكل متزايد ، وقد يهيء للتراجع عنها بأحد طريقين أساسيين :

(أ) أن يتحمل الألم وحده تماما ، فيلغى وجود المجموعة ، وهذه الخطوة تضاعف من الألم بدرجة تبرر التراجع عنه .

(ب) أن يكثف جرعة الألم بأن يبالغ فى ضرورة تحمل مسئولية مَنْ حوله كدليل على ارتباطه بالواقع وعلى اشتراكه فى المسيرة ، ولكن هذه المبادرة غير المحسوبة تضاعف أيضا من هذا الألم وتبرر فى النهاية انسحابه بعيداً عن تحمله .

١١ — قد يلجأ إزاء ذلك الألم المتزايد الذى سام تمهيديا فى إحيائه إلى أحد سبيلين :

(أ) عقلنة الألم : إذ يبدأ الألم الحى يفقد جوهره رويداً رويداً ، إذ يقل ما يصاحبه من معاناة وأمانة وحيرة وإصرار على المواجهة .. ويستبدل بذاك الحديث عنه ، وتقل معايشته، وإن بقيت الألفاظ تتغنى بوصفه .

(ب) التراجع عنه : إما صراحة (أنا لست حِمْلَ « هذا » أبداً) وإما بالعودة إلى أساليب دفاعية أخفى (بخلاف العقلنة) تريحه وتقلل بالتالى من فعاليته .

١٢ — أما إذا احتمل المريض هذا الألم الحى ، مستغِلاً وجوده فى المجموعة لتخفيف عنفه ، فإن وظيفة المجموعة غير الاعتيادية فى هذه المرحلة تكون فى أشد حالات فاعليتها وهى تعنى أساساً :

«إن هذا الألم ضريبة الحياة . وأننا نعانيه «معاً» ـ لا بالنيابة أحدنا عن الآخر ـ وبالتالى فإن جرعته يمكن أن تكون محتملة : هيا نواصل» ، إذا حدثت هذه الخطوة فإن المريض ينتقل إلى مرحلة «الولاف» الإرادى اليقظ ، أو مرحلة الديالكتيك الحى ، أو الجدل التطورى (راجع أيضا الجزء الثانى من هذا الكتاب : «الخطوط العامة للنظرية») .

١٣ — وهذه الخطوة الأخيرة والتى تحدد هدف العلاج كله وهو «إحياء ديالكتيك النمو بطريقة عملية ومباشرة وواعية إلى حد ما» هى نهاية وبداية معاً حسب قانون الجدل الحيوى المستمر ، فهى نهاية لكل ما سبقها من خطوات ، ولكنها متى استقرت فإنها تحتاج إلى فترة كمون وممارسة متأنية تنبعث بعدها مسيرة جديدة . .

وكنت أنوى فى المسودة أن أتحدث هنا تفصيلا عن طبيعة هذه الخطوة وكيفية حدوثها وشروط نجاحها ،

إلا أنى فضلت أن أنقل هذه التفاصيل إلى فصل الحديث عن علاقة هـذا العلاج بالجدل (الديالكتيك) فى فقرة الحديث عن الفلسفة ، ذلك لأنه لكى نفهم هذه الخطورة لابد أن نستوعب أولا ـ بدرجة ما ـ معنى الديالكتيك ، كما أنى حريص تماماً على التنبيه على ضرورة إعادة روح علمنا هذا إلى الروح الفلسفى النابض . .

ولكنى أحدد هنا المفهوم العام لاستعمال كلمة المؤالفة* أو « الولاف » Synthesis وخاصة وأن الباحث قد استعمل هذا التعبير فى أكثر من موضع .

وكل ما ينبغى أن أشير إليه هنا قبل شرح هذا المفهوم تفصيلاً فى موقعه هو أن « تحقيق المؤالفة الأعلى » يختلف

* فضلت كلمة « المؤالفة » أو « الولاف » لأنها تعنى اتصل الشيء بعضه إلى بعض كما أن الفعل «ولف» يعنى تتابع اللمعان (البرق عادة) ، والمعنيان معاً هما ما أقصد . أما كلمة «التجميع» (نتيجة الجمع بين «الطريحة» و«النقيضة») فهى تعطى معنى الجمع لا الاتصال الحيوى .

فى كثير من أبعاده عن الشائع عن العـلاج النفسى فأقرر فى إيجاز :

(ا) إن هذا العلاج لا يسعى إلى « كبت » الجزء الآخر من النفس ، وإن كان يقبل ذلك إذا فرض عليه بالانسحاب ، فرغم أن هذا فى مضاعفاته ، إلا أنه بالمقياس العادى هو هو بعض نجاحاته .

(ب) إن هذا العلاج لا يهدف إلى ضبط أو قمع الجزء الآخر من النفس ، كما هو الحال فى العلاجات التى تعمل على تقوية ضبط النفس والتعويض الشعورى .

(حـ) إن هذا العلاج لا يهدف إلى تصالح أجزاء النفس وتفاهمها كما هو الحال فى بعض مراحل التحليل النفسى ، بل إنه هو غاية الأمر فى مرحلة التحليـــــــل التركيبى Structural Analysis وأغلب مراحل التحليل التفاعلاتى Transactional Analysis

(د) إن هذا العلاج لا يهدف إلى حل وسط — إلا كمرحلة — ذلك الحل الذى يتم عادة باتفاق سرى بين أجزاء النفس، إذ يلبس كل جزء صفة الجزء الآخر ليقدم للوجود ما يسمى « خداع التحسن » (إن صح التعبير) وهو المقابل لما أسماه إريك بيرن « التلوث » وهو المقابل أيضاً المعروف فى التصنيف الشائع تحت عنوان « اضطرابات الشخصية » .

(هـ) إنما يهدف هذا العلاج إلى « الموالفة الأعلى » بين قوى النفس المتصارعة المتناقضة (ظاهرياً) ، ويتم ذلك من خلال تحديد هذه القوى ، ثم فصلها عن بعضها ، ثم إعادة المواجهة ، ثم إفشال استقلال أى منها ، ثم الاضطرار إلى تلاحمها ، ثم نسج الموالفة الأعلى ، وكل هذا قد نعود إليه فى حينه بالتفصيل .

خلاصة القول بعد تحديد معالم هذا العلاج وهدفه وخطواته

١ — أنه علاج عملىّ ، له هدف بعيد غير معلن (الموالفة الأعلى) ولكنه يقبل كل الأهداف الوسطى التى تفرض عليه ويعتبر نتائجها المستقرة مرحلياً من إيجابياته .

٢ — أنه من النـــاحية التطبيقية لا يهمه التنظير أو المواصفات الطوبائية المروبية بقــدر ما يهمه وضوح المقاييس التى يقيس بها خطوات مسيرته ، وأهم هذه المقاييس :

(أ) اختفاء الأعراض ولو مرحلياً .

(ب) إرساء علاقة — ولو خفية — تسمح بالرجوع لاستكمال المسيرة إذا عادت الأعراض .

(ج) إدراك طبيعة الاختيار ، ومن ثم المسئولية فى حالتى الصحة (ولو الظاهرية) والمرض .

(د) التكلم باللغة السائدة . . والارتباط بالواقع . . وتحمل مشقة التكيف .

فإذا أشارت هذه المقاييس إلى تقدير إيجابى حقق العلاج غرضه المباشر ، ولكنه حسب خبرتى يكون قد حقق أيضاً غرضه الأبعد ولكن بجرعة محدودة وعلى المدى الطويل لأنى

— كماذكرت — لاحظت أن إحياء الجدل الحيوى من خلال هذا العلاج يستمر حتى بعيداً عنه وبعد الانقطاع .

سادساً : علاقة هذا العلاج بالأبعاد الأخرى :

« داخل دائرة المهنة وخارجها »

أولا : علاقة هذا العلاج بالعلاجات الأخرى :

(١) العلاجات الكيميائية والعضوية

بدا من البحث أن التشخيصات مختلفة ، ولكن الغالب فيها حالات خطيرة مثل الفصام — وقد نعزو هذا المرض بالذات إلى أسباب عضوية مختلفة وبالتالى فإن علاجه الشائع والغالب هو علاج عضوى كيميائى أساساً وفيزيائى فى المقام التالى ، ولكن البحث لم يقدم لنا إشارات واضحة عن دور هذه العقاقير والعلاجات « مع » العلاج الجارى أو « بديلا عنه » أو « معوقاً » له ، ولا أستبعد نقداً من بعض

الذين لا يروا إلا ما يبعـــدهم عن الرؤية يقول : « من أدرانا أن هذا التغير ليس نتيجة للعقاقير التى يتناولها هؤلاء مثلا . . وأنه ليس له علاقة بالعلاج الجارى؟ » إلا أن الباحث كان حذراً منذ البداية ، فأعلن أنه يبحث فى ديناميات العملية العلاجية ، وليس فى نتائجها أو فى إرجاع النتائج إلى متغير بذاته ، ثم ترك بحث هذا الأمر لمرحلة تالية لم تنشر .

ولذا فإنى أجد لزاماً علىّ أن أوضح بعض ما يدور حول هذه النقطة كالتالى :

١ — مجموعة البحث شديدة الاضطراب بصفة عامة [٦ فصاميين ، و ٧ اضطراب شخصية (مكافئ للوجود الفصامى فى بعض الأقوال)] .

٢ — كثيرون من مجموعة البحث لم يستجيبوا « لــكل » العلاجات الســابقة وحدها بما فيها العقاقير الـكيميائية والجلسات الـكهربائية .

٣ — بعض أفراد المجموعة (« حسام » و « على ») دخل المستشفى فترة من الوقت ، الأول لبضعة أسابيع ، والثانى ما زال بها .

وكل هذا يشير إلى أن هذا العلاج يواجه تغيراً بيولوجياً بالقدر الذى يعامل اختلالا ديناميا ، وعلى ذلك فالافتراض الأول أن أغلب هذه الحالات يحتاج مباشرة إلى عقاقير فعالة وشديدة التأثير .

وأنا لست ضد ذلك ولكن لى طريقة خاصة فى استعمال العقاقير مع هذا العلاج — وغيره — أتبعها — هنا — كما يلى :

١ — عادة ما أبدأ — فى مثل هذه الحالات — بالعقاقير المناسبة جنباً إلى جنب مع هذا العلاج ، ولا يهمنى فى البداية إن جاءت النتائج نتيجة لهذا أو ذاك ، فالذى يحدد ذلك هو « نوع النتائج » و « استمرار النتيجة » ، وليس مجرد النظرة المسطحة للنتائج ، فعندى — وعند غيرى — من يأخذ هذه

العقاقير دون هذا العلاج ، ونحن نتتبع يومياً طبيعة نتائجهم ، ومداها ، ونوعها ، بخبرتنا الإكلينيكية ، دون خدعة الضبط والمقارنات السطحية .

٢ — أتفاهم مع المريض عادة ومنذ البداية عن فكرتي عن طريقة عمل هذه العقاقير وعندي لها تفسير دينامي بيولوجي مباشر يتعلق بعملها الانتقائي على مستويات المخ المتصاعده ، ويفهم المريض عادة مهما بلغت درجة مرضه ما أعنيه ، وقد يحتاج إلى إعادة توضيح ذلك أثناء العلاج ، وربط التغيرات السلوكية ، واختلاف أنواع النشاط بالعقاقير التي يتعاطاها (وليس هنا مجال ترتيبها أو شرح تفصيلي لتناسب درجاتها مع مستويات نشاط المخ المختلفة)

٣ — بعد أن تصل رسالتي واضحة ، لا أعود الحديث عنها من جانبي أبداً وإنما أستجيب للتساؤلات حولها ، حيث أني أنهي كل جلسة (فجأة) بقولي « آخر خمس

دقائق للأسئلة والعقاقير » ، فإذا سأل أحدهم عن جرعته ، تركته — عادة — يحكمها بما اتفقنا عليه مسبقاً .

٤ — يتعلم المريض حاجته للعقاقير وتناسبها مع طبيعة تفاعله بعد بضعة أسابيع من البداية :

٥ — لاحظت أن أغلب المرضى - حتى الفصاميين المزمنين - يوقف العقاقير تلقائياً مع تطور العلاج . . دون أن يخل هذا بوظائفه الفسيولوجية (النوم مثلا) أو النفسية وقد يرجع إليها تلقائيـــاً لأيام أو أسابيع وبجرعة أقل ، ثم يوقفها ثانية ، وقـد يخطرنى بذلك أو لا يخطرنى ، ولـكنى أتتبع كل هذا عن بعد .

٦ — تعلمت من هذه الطريقة التلقائية أنه إذا سمح للنشاط القديم والأعمق للمخ بالتعبير ، وقوبل بالتقبل ، وبدأت محاولات استيعابه فإن المريض لا يحتاج للعقار الذى يخمده والعكس صحيح ، وهذا التناوب مباشر ويومى .

٧ — لا ألجأ أبداً إلى (بل وأنهى عن تعاطى) المنومات والمهدئات الخفيفة التى تعمل على المستويات الأعلى من المخ .

٨ — يقل تعاطى المخدرات والكحول تلقائياً لمن كانوا يتعاطونها دون التنبيه المباشر بمنعها ، إذ يبدو أن الحاجة إليها هى الأخرى تقل حتى ينقطع المريض عنها تماماً مع ازدياد التفاعلات واكتشاف الداخل والاعتراف به وتقبله .

٩ — أتخذ دائماً مقياسين يفسران لى اللجوء إلى العقاقير (وهما نفس المقياسين اللذان توصل إليهما المرضى تلقائياً) وهما :

(أ) النوم (٦—٨ ساعات يومياً) ، ذى الفائدة المرجوة والأحلام .

(ب) الانتظام فى العمل اليومى العادى .

فاذا استمر « التمام » على هذين المقياسين من جانبي وجانب المرضى ، ترك الأمر لمقياس التناسب العكسى . بين نوع خاص من التفاعل فى المجموعة والجرعة :

١٠ — لاحظت أن مفعول العقاقير يتغير مع جلسات العلاج ومثال ذلك أن المريض الذى كان لا ينام إلا بجرعة ٥٠٠ ملجرام لارجاكتيل أو ميليريل قد يكفيه بعد تفاعل ناجح ٥٠ مجم أو أقل . . ثم سرعان ما لا يحتاج إلى العقار أصلا .

١١ — لاحظت أيضاً أن نوع التفاعل يحدد جرعة العقار، فالتفاعل الكامل المستوعب يتيح تناسقا داخلياً بين مستويات المخ ، فلا يدع مجالا لعمل هذا المستوى مستقلا متنافراً فلا يحتاج المريض إلى عقار لتهدئته ، وعلى النقيض من ذلك فإن التفاعل المبتور أو الناقص أو السطحى المزيف

قد يحتاج لزيادة الجرعة لأن مثل هذه التفاعلات تضغط أكثر على النشاط الداخلى مما يثيره فى عنف عميق ، مما يحتاج معه إلى تهدئة مناسبة .

١٢ — أثناء إجراء هـذا البحث كان جميع المرضى قد توقفوا تماماً عن تعاطى العقاقير ، تلقائياً وبالموافقة الضمنية من المعالج .

١٣ — لم ألجأ فى هذه المجموعة عامة — وأثناء إجراء هذا البحث خاصة ، إلى الجلسات الكهربائية ، رغم حبى لهذا العلاج وإيمانى بسلامته وفاعليته وضرورته فى حينه ولغرض محدود ولفترة محدودة ، ولكن فى هـذه المجموعة ، وبعد أن استتبت العلاقة كنت أفضل معايشة الأعراض التى تظهر أولا بأول حتى ولو كانت ضلالات أو هلاوس (حالة على) فقد كنت أفضل أن يستوعبها فى المجموعة ثم بيننا فى المستشفى ، باعتبار أنها نابعة من الجزء المتيم لوجوده ، وأنه

هدف العلاج هو مواجهة هذا الجزء واستيعابه وليس تهميده وإخفائه .

ومعنى ذلك أنى قد ألجأ إلى الصدمات (واحدة أو اثنتين فى العادة) إذا لم تكن علاقة المريض قد استتبت بالمجموعة، أو كان بعيداً عن علاج الوسط الحامى، وكان التفاعل الذى انبعث نشطاً أعنف من قدرته فى بداية المواجهة .

وبعد هذه الملاحظات الاكلينيكية العامة أستطيع أن أؤكد أن فروضاً عاجلة قابلة للتحقيق قد ثارت بصدد هذه العلاقة بين هذا العلاج وبين العلاج العضوى ومنها :

١ — إن مفعول العقاقير خاصة ـ والعلاجات العضوية عامة ـ هام، وضرورى أحياناً ، وعامل مساعد غالبا .. مع هذا العلاج .

٢ — إن الحاجة إلى العقاقير تمثــل مرحلة محدودة فى بداية العلاج ثم تتضاءل الحاجة إليها بتقدم العلاج .

٣ — إنها لا تستعمل كمسكن بديل ، ولكنها تستعمل كمنظم لنشاط جزء معين ومستوى معين من مستويات المخ فى وقت يحتاج فيه هذا النشاط إلى التنظيم حتى يأتى الوقت الذى يمكن استيعابه فى الشكل المفيد .

٤ — أن هذه العقاقير وخاصـــة المهدئات العظيمة لا تحتاج لفترة سكون طويلة Latent period كما أنها ليست لها أثر معدى طويل كما يوهمنا أصحاب شركات الأدوية ، وكما جاء فى كثير من الأبحاث التقليدية .

٥ — إن مفعول جرعة العقار يتناسب مع النشاط المقابل الذى يعمل عليه العقار (والعقاقير المختلفة عندى لها فاعلية متصاعدة تطورياً كما ذكرت قبلا) ، وبالتالى فتأثيرها يتوقف على الحالة الوقتية التى يمر بها المريض . لأن هذه الحالة ترتبط مباشرة بتناسب مستويات نشاط المخ وتآزرها أو تنافرها .

[ومن القواعد المعروفة لعمل العقاقير عامة — وليس العقاقير النفسية فقط ، أن العقار يلتقطه الجزء النشط المناسب له فى الجسم] .

٦ — إن الميزان الذى يصل إليه المريض بعد فترة المحاولة والخطأ ، وبعد توضيح الأمر له ابتداء ، هو ميزان دقيق يمكن الاعتماد عليه فى هذا النوع من العـــلاج ، وأن رأى المريض — بعد استتباب العلاقة مع المعالج أو المجموعة — ينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار .

٧ — إن وظيفة الطبيب هو شرح وجهة نظره فى توقيت وجرعة العقار حتى ولو لم تمثل الحقيقة النهائية ، والمريض — فى هذا العلاج — يتجه إلى ضبط الجرعة من خلال ذلك وهذ يؤكد اختياره الذى يشمل بذلك التدخل الكيميائى .

٨ — إن النظريات التى تحاول تلخيص المرضى النفس (والعقلى منه بوجه خاص ... والفصام بوجه أخص

إلى اضطراب كيميائى هى نظريات — فى رأيى — دفاعية بحتة ، بمعنى أنها تحمى الطبيب أساساً من الرؤية (رؤية ذاته ورؤية مأســـاة الذهان ، ورؤية مضاعفات التطور ورؤية ألم الوجود) وبالرغم من ذلك فإن معرفة التغــير الـكيميائى المصاحب لهذه التفاعلات الـكيميائية، والمضاعفات التطورية وكذلك التغير السابق لظهورها (دون أن يكون سببها مباشرة) واللاحق لمواجهتها (دون أن يكون مسئولا عنها مباشرة) هو من أهم وأخطر المعلومات التى ينبغى أن يلم بها المعالج فى كل لحظة ...، كما أنه ينبغى أن يلم بالتغيرات الـكيميائية المحتملة مع كل تفاعل دينامى .

(٢) علاقة هذا العــلاج بأنواع العلاجات الأخرى غير العضوية :

١ — العلاج الجمعى عامة . .

وهنا ينبغى أن أقر أنه ليس عندى ما أضيفه هنـــا لمـا جاء به الباحث فى هذا الصدد ، إلا أنى أشعر بالشـكر

(مع بعض الدهشة) إذ علمنى هذا البحث من خلال هذا الجهد الفائق مدى التشابه بين ما أفعل ، وما يجرى معاصراً لنا فى العالم حتى تاريخه (كما هو واضح من حداثة المراجع التى استند إليها) إلا أن لى تحفظات يسيرة وهامة فى نفس الوقت مثل التأكيد على أنه ليس علاجاً تلفيقياً (من كل بستان زهرة) ولا هو علاج انتقائى $Eclecti_c$ ولكنه ذو شخصية مستقلة رغم أنها تأليفية ، واستقلالها يأتى من ارتباطها بشخص المعالج وخبرته ، وتأليفها يأتى من تفاعلها الجدلى تاريخاً من مقومات متنوعة ومختلفة ومتعارضة أحياناً وكذلك من ارتباطها بالموالفة الجدلية المتصاعدة التى تفرضها على المعالج والمتعالجين فى آن واحد .

٢ — العلاج النفسى الفردى : فى رأيى – كما ألمحت سابقاً – أن العلاج النفسى الفردى لا يتعارض مع هذا النوع وإن كنت أميل إلى أن أعتبره مرحلة تمهيدية مناسبة ، ولكنه

ليس مناسباً - فى أغلب الأحيان - أن يستمر مع استمرار مثل هذه الجلسات الجماعية.

٣ — العلاج العائلى : هناك علاقة مباشرة بالعلاج العائلى Family Therapy سواء كان العلاج الزواجى Marital Therapy (فى المجموعة ثلاثة أزواج Pairs وقد أفاد الباحث فى طبيعة دورهذا العلاج فى إصلاح العلاقة ومحاولة إرسائها على مستوى أعلى) أو كان علاج الأسرة باعتبار أن مرض أحد أفرادها هو مجرد عرض لمرض العلاقات الأسرية (راجع حالة «على» بوجه خاص ، وكذلك:حسام). وتناول الأسرة بهذا الشكل الكامل بعيداً عن الجلسات هو ما أسميه « سد الثغرات » حتى لا يستعمل أحد أفراد الأسرة سلبيات المرض لصالح توازنه الشخصى ، وكذلك لا يجد المريض من يسمح له بتوقف مسيرة المحاولة نحو الاستقلال والنمو .

٤ — علاج الوسط :

لاحظنا أنه فى بعض الحالات الذهانية الشديدة يحتاج المريض أثناء تفاعله العنيف فى مثل هـذا العلاج إلى وسط يفهم طبيعة العلاج، ويحيطه ويحميه فيما بين الجلسات، وينبغى أن تكون الروح السائدة فى علاج الوسط المكمل لهذا العلاج هى نفس روح العلاج وأهدافه تقريبا .

٥ — العمل العلاجى :

وهذا العلاج نوع خاص مستحدث من خبرتى وخبرة زملائى بدار المقطم للصحة النفسية ، وليس هو ما يعرف بالعلاج بالعمل ، فهنا يقوم الطبيب والمعالج والمرضى بنفس العمل وبنفس المدة ولا يكون المعالج مجرد موجه أو مشرف — والعمل بدنى فى العادة — وله نفس فائدة هذا العلاج الجمعى وفكرته ، وقد وصفته تفصيلا فى مكان آخر ، وهو متناسب تماما مع نوعية العلاقات فى هذه المجموعة التى قام

بعض أفرادها بالمشاركة فيه مع المعالج فى الحقل عدة مرات ، وهو يسير فى نفس اتجاه علاج الوسط .

ثانيا : علاقة هذا العلاج بالمدارس النفسية المعاصرة :

ذكر الباحث فى أكثر من موضع ـ واستشهد بغيره فى ـ أن العلاج النفسى فى النهاية ، هو المعالج ذاته ، ولكنى هنا أضيف ـ بعد موافقتى على ذلك كما أسلفت ـ أن المعالج هو مجموعة من مكونات شخصية واقتصادية وحضارية واجتماعية وثقافية ، وبديهى أن العامل الأخير (الثقافية) يتعلق بمسيرة فرعه عامة من الناحيتين التطبيقية والنظرية ، ولا أستطيع ـ ولا يمكن ـ أن أزعم أن هذا العلاج ليس له خلفية نظرية نشطة ، بل إنى كدت أعتبر أن اختفاء النظرية فيه قد يكون من مآخذه .. ، ولست هنا فى مجال تفصيل أبعاد فكرى النظرى ومصادره ـ وإن كان موجز ذلك واردا فى الجزء الثانى من هذا الكتيب ـ ولكنى كما حذرت

فى البداية أنتهز الفرصة لأحدد رؤوس المواضيع كما هو الحال فى هذه المقدمة عامة فأقول :

إن هذا العلاج له علاقة مباشرة وعملية بمدارس فى علم النفس ، والطب النفسى (تاركا المدارس الفلسفية مؤقتا لأنى أفردت لها جزءاً خاصا) صنعت فكرى ، أو بتعبير أصدق تلاقت مع فكرى وأثرته ، وأهمها :

١ — المدرسة العضوية : وقد يتعجب القارئ كيف أن مثل هذا العلاج الذى يبدو بعيداً كل البعد عن المفهوم العضوى (إذ أنه مشحون بالآراء النظرية والتفسير ومواجهة مشا كل السكينونة ، وطبيعة اختيار نوع الوجود لدرجة اختيار الذهان ذاته) كيف أن هذا العلاج نابع أساساً من فكر أقرب ما يكون إلى الفكر المادى ولكن فى أرقى أشكال تطور المادة ،وهو نشاط المخ البشرى فيما يسمى «النفس» ، ولا أعلن سرًّا أنى لا أستطيع أن أفهم أى مقولة فكرية دون أن أتصورها فى نشاط الجهاز العصبى بالمعنى الشامل

من أول حركات الشعيرات العصبية neurofibriles داخل الخلية (بل قبل ذلك فى حركة البروتوبلازم .. و ترتيبات جزيئات أحماض الريبونيوكليك ومشتقاته) إلى آخر تناسق النصفين الكرويين معاً عبر الجسم المندمل أثناء الإبداع الفنى ، وقد أحرجتنى دائماً هذه الرؤية العنيفة لأنها كانت تضطرنى أحياناً إلى تصورات لا تحتملها المعلومات المتاحة . . ولكن كيف للفروض العاملة أن تنشأ دون هذه التصورات ؟

وقد يرجع هذا الاتجاه إلى ما يقابل نظرية علم النفس الشعورى Psychologie de la Conscience التى استمد منها هنرى إى نظرية العضوية الدينامية Orgno - Dynamisme إلا أنى لا أعنى الوقوف عند فكر «إى» العظيم تحديداً ، بل إن إيمانى يمتد من الأصول التى أخذ عنها إى وهى فكر أستاذ الأعصاب الفيلسوف «هو جلج جاكسون» Huglig Jacson مارًّا بإشارات «ساندور رادو» حتى «إى» ثم عبر كل ذلك إلى التصور الذى ألحت إليه فى موقع آخر من تحديد الفكر

التحليلى الخاص بالعلاقة بالموضوع فى مستويات المخ تطورياً ، كل هذا بتصور مادى واضح يربط تطور الحياة بتطور النوع بتطور الفرد بأزمة الجنون بتطور الفكرة والإبداع ،

ورغم كل هذا الإيمان بالمادة . . فإنى أعترف أنى لم أقف كثيراً عند فكر بافلوف ربما لتقصير منى وربما احتجاجاً على التجزىء الغالب عليه ... ، أما الذى أكد إصرارى على التمسك بهذا الاحتمال المادى الواضح فهو التجارب الحديثة التى قام بها متشورين بالاتحاد السوفييتى وتلاميذه ومن أهمهم ليسنكو ليحيى بها فكر لامارك ويرجح — بل يكاد يؤكد — أن العادات المكتسبة قابلة للتوريث ...

إن هذا الخيط المتصل المحمل بالتفكير المادى العضوى البيولوجى كان دائماً موجهى لنظرية الطب النفسى التطورى (وراجع الجزء الثانى) وتطبيقه فى مجال العلاج النفسى الجمعى بهذه الصورة قيد البحث ، لأن مهمة مثل هذا العلاج

العنيف — من خلال هذا التصور — كانت واضحة لدىّ .
بالنسبة لمن يكمل الطريق ، وهى تآزر مستويات المخ فى كلّ
جديد يبشر باستمرار مسيرة التطور بل ويمكن أن يثرى
وجودنا عرضاً ويرتقى بوجودنا طولاً ، وإن كان هذا مهمة
العلاج من وجهة نظرية بحته ، فهى ليست غايته لكل فرد
كما أوضحت ، وكما سيرد بعد .

وكأنى كنت أتصور — وما زلت — أن مثل هذا
العلاج هو التطبيق التجريبى العملى للوعى بحركة التطور
البشرى ، (وخاصة بعد أن انتقلت المجموعة إلى مجموعة بحث)
وهو يعلن مسئولية فرعنا هذا عن المشاركة فيها من واقع
الفكر العضوى البيولوجى ، فى نفس الوقت الذى
أصر فيه أن هذه المحاولة التطورية ما دامت جادة ولو بعض
الوقت فإن أى توقف دون تحقيق هدفها النهائى هو مكسب
علاجى ناجح ليس أقل من كل المحاولات العلاجية الهروبية
الأخرى .

٢ — المدرسة التحليلية الإنجليزية الحديثة (العلاقة الموضوع Object Relational (وإن كنت ابتداء لا أميل الى استعمال كلمة « الموضوع » كترجمة لهذه المدرسة وأفضل استعمال تعبير « العلاقة بالآخر ») ، وقد أثرت هذه المدرسة فى فكرى بوجه خاص ، وخاصة التطورات التى أضافها جانترب على فكر فيربيرن المقابل لفكر ميلانى كلاين والمكمل والمعاصر لها ، والذى أفادنى وأثرانى من هذه المدرسة هو الترتيب المتتالى لمراحل النمو : الموقع الشيزويدى Schizoid Position ثم الموقع البارانويدى Paranoid Position (وإن كانت أغلب الكتابات لا تفصلهما عن بعضهما) ثم الموقع الاكتئابى (ثم الكمون أو العصابية كما تصورت إكمالا للمراحل) ، ورغم أن هذا الفكر التحليلى قد نشأ من الهجوم على ما أسموه بيولوجية فرويد ، فإن استقبالى له كان حسب ما ألزمنى فكرى العضوى استقبالا بيولوجياً صرفاً ، وقد لاحظ الباحث من

خلال بحثه كيف أن هذه المدرسة تمثل العمود الفقرى لهـذا العلاج ، كما ألمح فى أكثر من موقع طبيعة الانتقـال من من المرحلة الشيزويدية الاعتمادية إلى المرحلة البارانويدية العدوانية إلى المرحلة الاكتئابية الولافية أثناء العلاج ومن خلاله ، وفى رأيى أن هذا الاكتشاف هو إضافة لفـكرى وتأكيد لتأثير هذه المدرسة علىّ ، وصدقها فى نفسى ، وإن كانت لم تطبق فى هذا المجال (العلاج الجمعى خاصة) من قبل على قدر ما وصل إلىّ من متابعات ..

فإذا كان البحث قد أظهر أن هذه المراحل تتالى بهذا التناسق والترتيب أثناء العلاج ، فإنه يعنى ضمنا أنها إعادة ولادة ، فهى إذاً تـكرار لمراحل نمو الطفل وبالتـالى تعديل لمسارها ، ولـكنى من واقع تفـكيرى البيولوجى أقول إنها بالتالى تـكرار لتاريخ النوع البيولوجى الحيوى عبر ملايين السنين ، لأنى قدرت فى تحويرى لهذه النظرية أن طبيعة هذه المواقف ليست نابعة من موقف الأم من الطفل بقدر ما هى

موجودة وكامنة ومقابلة لمراحل تطور الحياة عامة والنوع البشرى خاصة وأن كل ماتفعله بيئة الطفل (بما فى ذلك الأم) هو بسط Unfolding هذه الطرق للتواجد فى الحياة وشحنها بشحنات موقوته تتوقف على احتياج الأم (والبيئة) لهذه الطريقة أو تلك من الوجود، وعلى قدر تناسب الاستعداد الكامن مع الشحن العاطفى قوة وزمناً، يكون توقف الطفل وتشبعه بهذه الطريقة أو تلك فى الوجود (الموقع الشيزويدى أو الموقع البارانويدى . . . الخ ،) ومن ثم استعداده إلى النكوص إلى أيهما عند الضغوط . . . ، إذاً فالاستعداد بيولوجى أساساً وهو لا يتعارض أبداً مع دور البيئة بل إنه يحمّل البيئة مسئولية أكبر؛ هى مسئولية تعديل البيولوجى إن لزم الأمر وكأن هذا العلاج ، من وجهة النظر هذه، هو بطريقة ما : « ممارسة عملية لإعادة الولادة للفرد . . فى ظروف أكثر تلاؤما، وباختيار أكثر وعياً

وتفاعل أكثر ثراء .. ليستطيع الفرد من خلاله أن يعيد تنظيم مستويات جهازه العصبى ثم يعيد الولاف بينها ليصلح ما أفسدته البيئه .. بل قد يصلح كذلك ما أفسده الدهر(!) من خلال الإيمان بإمكان انتقال العادات المكتسبة » .

٣ — التحليل التفاعلاتى : حين أعلنت هذا التفكير التطورى المحدد فى الجهاز العصبى ، وحاولت أن أسلسل مفهوماته ، و بدأت أناقشه فى اجتماعات صباح الخميس بالقصر العينى ، أحضر لى الزميل الدكتور مصطفى السودانى الريس كتابا عن التحليل التفاعلاتى لإريك بيرن ، وكان ذلك منذ حوالى ست سنوات ، ولم أعره كبير اهتمام رغم أن الزميل قدمه لى على أنه يحوى فكراً مقاربا لفكرى ، غير أنى أحسست أنه فكر مبسط أكثر من اللازم ، ولكنى فى تتبعى لحركة العلاج النفسى بعد ذلك علمت أن هذه المدرسة قد انتشرت فى الولايات المتحدة بشكل طاغ وكاسح وحصة

بين العامة حتى بلغت مبيعات كتاب « الألعاب التى يلعبها الناس » Games People Play لإريك بيرن أيضاً مبلغاً وضعه فى عداد أكثر الكتب انتشاراً ، رغم أنه فى الحقيقة كتاب على شديد العمق (أعمق من الكتاب شارح النظرية رغم بساطته) فرجعت ألوم نفسى على استهانتى المسبقة بهذا الفكر العظيم الذى ظاهره التبسيط وحقيقته العمق الإبداعى الأصيل ، وبدأت أنهل من هذا المنهل العذب السلس حتى أتيت على كل ما وصل إلى من أعمال بيرن (وهى محدودة للأسف) ثم لبعض تلاميذه .

ولكن حدث ماخفت منه من تسطيح وتشويه للنظرية بين أيدى المتعجلين وذلك لما بدى لهم من بساطة النظرية ظاهريا حتى أصبحت — فى تصورى — مهربا مضحكا من مواجهة ضرورة التأليف بين كيانات الإنسان التى افترضها بيرن فى كلٍّ واحد . . . ، أى أصبحت تفكيكا للانسان أكثر منها تأليفاً له . . .

وبالرغم من ذلك فهـــذه النظرية لها فضل على فــكرى فى أنها حددت فــكرتين كانتا قد بدأتا تتــكونان فى عقلى :

الأولى : أن الإنسان هو عدة أناسى وليس عدة أجزاء (وقد نبعت هذه الفــكرة أساساً فى الفــكر التحليلى الذى أشرت إليه فى الفقرة ٢) . والثانية : وكانت نابعة من التفكير العضوى أساساً وهى أن هذه الأناسى عبارة عن نشاطات لمستويات المخ المختلفة (وقد أخذ إريك بيرن هذا الاحتمال من تجارب بينفيلد على المخ) والحق أقول أنى استغرقت فى ممارسة هذا العلاج بطريقة التحليل التفاعلاتى فترة من الزمن مع هــذه المجموعة بوجه خاص ، ولــكنى فوجئت بأنى قد أكتفى بعملية « فض اشتباك » ولا أكملها إلى عملية ولاف حقيقى على مستوى أعلى ، وبالتالى فإن نضج الأفراد معرض للإعاقة فعلاً ، وعند ذلك الحين اعتبرت أن أسلوب هذه المدرسة يصلح لمرحلة محدودة فى العلاج موضوع البحث ،

ولكن التمادى فيه معطل ، فلا بد من المواجهة للولاف الأعلى بعد مرحلة فض الاشتباك مباشرة .

وأعتقد أن إريك بيرن كان يعرف هذا الولاف الأعلى وكتب عنه بوضوح فيما أسماه الفتى المتكامل Integrated Adult حيث تلتحم فيه الصفات الطفلية فى شكل العواطف الصادقة التلقائية ، والوظائف الوالدية فى شكل الأخلاق الذاتية الملزمة مع حسابات الواقع الهادئة المستقرة ، ورغم وضوح هذا الولاف الأعلى لديه إلا أنه كان من التواضع والواقعية بحيث لم يشر إلى طريق تحقيق هذا المثل الرائع ولم يوص به ، بل إنه بالنسبة للفتى* العادى .

* فضلت استعمال كلمة «الفتى» بدلا من كلمة اليافع أو الناضج ، والشائع أن الفتى هو الشاب الحدث ولكن جاء فى لسان العرب « ... قال القتيبي ليس الفتى بمعنى الشاب والحدث وإنما هو بمعنى الكامل الجزل من الرجال ، يدلك على ذلك قول الشاعر :

إن الفتى حمال كل ملمة ليس الفتى بمنعم الشبان

Normal Adult قد أقر بأنه لا يفهمه جيداً بالنسبة لغيره من حالات الأنا .

٤ — نظرية الجشتالت : (المرتبطة بنظرية المجال « اليقين » أيضاً) .

وقد أثرت فىّ (وفى هذا العلاج بالتالى) هذه النظرية بتطبيقاتها فى نظرية المجال خاصة : من جانبين : أما من الناحية النظرية فقد تلاقيت معها فى طبيعة الإدراك الكلى قبل الجزئى ، والاستيعاب الكامل الذى يبدو حدسياً لعلاقات المجال والمثير قبل مرحلة تحليله ، وقد كان لهذا الاستيعاب (الحدسى) الكلى أثره المباشر فى إقبالى على :

(أ) استيعاب الأعراض فى « كل » نوعية وجود الفرد

(ب) استيعاب الفرد فى « كل » المجموعة .

(ج) استيعاب المجموعة فى « كل » المجتمع .

(د) استيعاب المجتمع فى كل العالم .

(هـ) استيعاب المرحلة المعاصرة فى « كل » تاريخ التطور البيولوجى والاجتماعى .

وقد اكتشفت أن اتساع هذه الدوائر كان نتيجة تلقائية لاتساع دائرة الوعى من خلال المواجهة المستمرة مع تناقضات المرضى وتناقضاتى ، ولم يكن نتيجة اقتناعى بالفكر الجشتالتى ابتداء ، وأظن أن هذا التسلسل العكسى لا يصلح على حد خبرتى ، حتى لأكاد أقول أن الوعى بهذا الإدراك الكلى يرتبط أساساً بدرجة نمو الفرد أكثر من ارتباطه بدرجة إيمانه به ، وهو يتناوب مع الإدراك الجزئى فى مراحل النمو ويكمل أحدهما الآخر بحيث لا يمكن إذا أغلقت الدائرة أن نجزم بضرورة أسبقية أحدهما (ولكن هذا حديث آخر) ، وبالنسبة لهذا العلاج فإن هذا النوع من الإدراك واتساع دائرة الانتباه حتى لتكاد تصل إلى دائرة كاملة تشمل الخلف هو من أهم صفات المعالج اللازمة

وخاصة إذا بلغ عدد المجموعة فى جلسة واحدة ستة عشر فرداً كما يحدث أحياناً فى هذه المجموعة ، ولم يكن للمعالج مساعداً ، وهذا الإدراك الكلى يسمح بملاحظة التفاصيل الجزئية فى نفس الوقت ، وهذا يشمل إدراك الكلمات فى نفس اللحظة التى يلحظ فيها لمة الجسم فى نفس اللحظة التى يترجم بها احتجاج العينين ... الخ ..

أما الجانب الثانى من مدرسة الجشتالت ، فهو الجانب التطبيقى ، الذى شاع تحت اسم «العلاج الجشتالتى» ، ولو أن العلاقة هنا بين نظرية الجشتالت وتطبيقها فى هذا العلاج علاقة واهية نسبياً . . . اللهم إلا فيما يتعلق بفصل الشكل من الأرضية ، والهجوم على الوعى الغامض وتحديه ، وبتعميق الانتباه على أحد جانبى المجال بالتتابع ، لتحمل الاختيار بين البدائل ثم المسئولية . . ، وقد كان هذا الأسلوب عاملاً فعالا دائما فى هذا العلاج قيد البحث ، أما بالنسبة لما حواه العلاج الجشتالتى عامة — ثم شطحات زعيم مدرسته (بيرلز)

خاصة — من مبالغات تغرى بالبعد عن الواقع فإنى لم أصل إليها أبداً حيث أنى أدركت نهايتها من واقع خبرتى ومن تصريحات بيرلز نفســه الذى بدأ برفض التحليل النفسى ثم برفض العلاج الفردى برمته ثم أعلن قرب لا جدوى العلاج الجمعى . . ثم أصبح يميل إلى خلق مجتمع خاص يمارس فيه الانسان بشريته بصدق . . . الخ .

فقد أيقنت أن هذا الطريق لن ينتهى إلا بعزلة صوفية أو «هيبية» وكلاهما أوهام طوبائية بعيدة عن المجتمع والناس، ولعل أهم فرق بين العلاج الجشتالتى (بيرلز بوجه خاص) وبين هذا العلاج قيد البحث هو عمق ارتباطه بالواقع ارتباطا دائما ومباشراً بحيث يصبح لا مناص من الولاف الأعلى Higher Synthesis أو على الأقل الهرب منه بوعى نسبى واختفاء الأعراض دون أوهام انسحابية طوبائية خادعة ، وقد قدم الباحث فى هذا السبيل أمثلة متعددة وملحة على

ـ دى رفض المجموعة والمعالج هذا الإنسحاب المثالى أو وصم المجتمع العادى بالدونية أو السطحية رغم اغترابه وانسحاقه.. الخ

٦ — كارل جوستاف يونج :

ولا يمكن أن ننتقل من هذه الفقرة عن العلاقة مع المدارس النفسية دون إعلان العلاقة المباشرة بين « روح » هذا العلاج (إن صح التعبير) وبين إيمان يونج (ولا أقول نظريته) فإن عمق هذا الرائد الفذ لم يصل إليه أحد... وبالتالى فإن وحدته ما زالت مفروضة عليه حتى بعد موته ، وحتى اليونجيون المحدثون .. أكاد أخشى منهم على فكره أن يسطحوه بالتعجل والحماس ، ولابد أن أعترف هنا أن مفهومه عن التفرد Individuation لا يبعد عن ذهنى فى لحظة من اللحظات ، كما أن أعماق اللاشعور كما قدمها بمحتواها الجمعى ومخزونها الأثرى ... كل ذلك كان ومازال زادى وأنا أنتقل إلى مراتب أعمق وأعمق فى نفسى ونفس هذه المجموعة من خلال هذا العلاج ، وإن لم يظهر ذلك بوضوح

فى التفاعل المباشر للدرجة التى جعلت الباحث لا ينتبه إليها؟ فإن ذلك كله كان دائماً وراء الهدف النهائى والعمق المغامر الذى يصف المجموعة شمولياً ، ورغم أن الباحث يعرف علاقتى العاطفية بهذا الرائد الفذ ، فإنه التزم بأمانة تحليل المادة التى أمامه دون أن يتأثر بمعرفته المسبقة عنى ، فتخطى هذه الحقيقة لأنها لم ترد مباشرة فى مفردات البحث ، وأرى أنه محق تماماً من وجهة نظره .

٧ — سيجموند فرويد والتحليل الكلاسيكى :

اعتاد البحاث ألا يبدءوا ذكر نظرية جديدة ، أو فكر جديد ، أو تكنيك جديد إلا بالإشارة إلى إرهاصات فرويد المسبقة بأى منها ، وهناك ما يقابل ذلك فى طقوس بعض الديانات ، وحتى فى هذا البحث فقد ذكر الباحث أن اجتماعات فرويد الأسبوعية مع تلاميذه كانت نوعاً من العلاج الجمعى ، وإن كنت أجد فى هذا بعض المبالغة ، لأن أى أستاذ صادق

فى أى فرع (الكيمياء مثلا) إنما يعالج تلاميذه بتعليمهم وحثهم على الأمانة والاقتراب من الموضوعية وكونه قدوة لهم الخ ، إلا أنى لا أستطيع إلا أن أعترف له بالفضل على فكرى عامة وفكرى العامل فى هذا العلاج خاصة . . لا من حيث التكنيك ، فهذا العلاج أبعد ما يكون فى هذا السبيل عن تكنيك وروح التحليل النفسى ، وإنما من حيث استعمال بعض أفكاره الرائدة ولكن بأسلوب هذا العلاج الخاص . . ، وأخص بالذكر هذا الثراء الرائع الذى أرانا به حين وصف الحيل الدفاعية بالتفصيل ، ولعل قارئ هذا البحث يلاحظ إلى أى مدى كانت لعبة « الإسقاط » تكشف وتُفسر ، ويساعد ذلك فى استبصار لاعبها ، كما يلاحظ كذلك كيف يعمل ميكانزم « التقمص بالمعتدى » الذى وصفته آنا فرويد فى التقمص بالقهر الخارجى ، وبرفضه تظهر الأعراض ، ثم يفرض العلاج الاشتباك مع هذا القهر لينتقل إلى التقمص بالمعالج ، والمريض يستقبله على أنه معتد

على حريته وكيانه لفترة ما ، ثم يتقمصه فتختفى الأعراض مؤقتاً نتيجة لهذا التقمص الجديد ، ثم يكتشفه بعد ذلك ، ليظهر العدوان صريحا على المعالج . . . وهكذا ، كل ذلك يتم بروح التحليل النفسى وبفضل ما أوضح حول هذه المفاهيم .

* * *

وأخيراً فإنى أجدنى مضطراً أن أقف عند هذا الحد لأنه لا يمكن أن ينتهى ، فإنى أكاد أقر أنى لم يمر على سمعى أو بصرى معلومة أو طريقة إلا وأثرت فى فكرى رفضاً أو قبولا تجربة واختباراً ، فلا أستطيع أن أنكر مثلا تأثير ما وراء فكرة الصرخة الأولى لجانوف ، ولا جوهر العلاج السلوكى وتأكيد السلوك المرغوب واضمحلال السلوك المرضى عن طريق المعالج أو المجموعة ككل ، وقد أشار إلى ذلك الباحث كثيراً ، ولا التفكير الإنسانى لماسلو وتصاعد

الدوافع ،(وإن كنت أحب أن أشير إلى أن مدرسة علم النفس الإنسانى بصفة عامة كان يغلب عليها التنظير دون الطريقة العلاجية المحددة) ... أو علاج إحياء للمعنى لفرانكل ، .. إلى آخر كل من حاول فهم الإنسان جزءا أم كلا ، قطاعاً مستعرضاً أم طوليا دائم التطور ليجتمع كل هذا فى فاعلية متلاحمة ليصنع فكر ووجود المعالج الذى هو ـ فى البداية والنهاية ـ العلاج .

* * *

ثالثاً : علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية :

كان العنوان الذى سطرته فى المسودة هو « علاقة هذا العلاج بالفلسفة » ولعله ما زال أقرب إلى ، ولكن لأنى أتقدم إلى هذا الحديث متردداً وجلاً ، فقد فضلت أن أستبدل بكلمة الفلسفة تعبير « بعض المدارس الفلسفية » كمدخل متواضع لأؤجل فتح النار على بعض الوقت ، فأنا أنتظر أن يأتينى الهجوم من أكثر من مصدر ، بل من المصدر ونقيضه أى

من محبى الفلسفة، ومن رافضيها معا (أو بالأصح الخائفين منها)، أما محبوها فقد يثارون حين يتصورون أن شخصاً مثلى ـ بقصوره وتقصيره ـ قد دخل بحرابهم بلا استئذان وبلا استعداد كاف ، والحقيقة أنى ما دخلت محرابهم دعيا أو متخطيا ولكنهم أول من يعلمون ثمن الرؤية .. وضريبتها .. وعبئها ومصير حاملها ، وقد أكون فى هذا السبيل مجرد خادم طفل يحمل المـــاء المقدس بمحرابهم إن رضوا .. ، أما الفريق الرافض (أى الخائف) فأغلبه من الزملاء الأطباء وكثير من علمـــاء النفس الذين ستثور حساسيتهم (بالمعنى الطبى المادى Allergy) عند ذكر كلمة فلسفة ... ولسان حالهم يقول « ما لهذا المدعى يريد أن يرجع بنا إلى الغموض والتعميم . . ونحن ما صدقنا أن وجدنا المعمل والتحديد » ؟ وأحاول أن أذكر زملائى الأطبـاء بقول أبينا أبى قراط « أن كل ما يصلح للطب يصلح الفلسفة وما يصـــلح الفلسفة يصلح الطب ... الخ »

ولكنى أكاد أسمعهم يرددون أن هذا كلام قد مضى عهده واسأل أجهزة الأشعة والتشخيص الصوتى ... الخ فألتفت إلى علماء النفس الرافضين لاذكرهم أن هذا البتر التعسفى بين علمهم وبين الفلسفة قد جنى على الاثنين فيأتينى الرد تخيلا « .. بل هو ارتقى بعلم النفس إلى العلوم المحددة Science Exacte » وأكاد أسمعهم يكملون « وترك الفلاسفة فى غيابات التأمل » ، ولا أطيل بعد هذه العجالة الضرورية ولكنى أقول أنه بالرغم من هذا وذاك فلا بد من قول كلمة أعتقد أنها الحق الشخصى فى هذه الآونة .

* * *

فقد عرفت الفلسفة من ممارسة مهنتى ـ وأعتذر لأهلها ثانية ـ ووصلت إلى بعض مسائلها مواجهة ، ومحاولة حل من خلال تحدى مرضاى وهم يقذفون فى وجهى بمشاكل الوجود والصيرورة وأنا لا أجرؤ أن أسمى هذا أو ذاك بالعرض الشائع « أفكار شبه فلسفية » ، بل إنى توصلت

من خلال حوار حي معهم وتفاعل وتجارب بشرية إلى بعض مفاهيم كان لا يمكن أن أصل إليها من خلال القراءة مهما بلغت ، (ومنها مفهوم الديالكتيك كما سيأتي بعد) . إذاً فأنا قد فرض على أن أقترب من هذا المحظور فرضاً ، لا للتباهي أو الادعاء .

هذه واحدة ، أما الثانية فترجع إلى تعريف الفلسفة ذاته ، حيث يتصور كثير من الناس كل تصور عن ماهية الفلسفة إلا حقيقتها ، وقضية تعريف الفلسفة قضية طويلة ، هل هي الحكمة أم حب الحكمة ، وهل هي دراسة المعارف أم أصل المعارف ، وهل هي علم الوجود أم علم الموجودات أم ليست علماً أصلا ، وهل هي دراسة القيم الجزئية أم دراسة النسق الفكري المتكامل أم هي النشاط العقلي ذاته ، وهل هي معرفة الواقع أم ما هو ليس واقع . . . إلى آخر هذه الحيرة الخينة ، ولكني خرجت من هذه الدوامة بإيماني بثلاث حقائق أو آراء .

أولا : أن حب الحكمة غير ادعاء الحكمة ، وأن الفلسفة غير التفلسف ، وأن كل ما يمكن أن نتعلمه ونعلمه هو التفلسف وليست الفلسفة ، وبالتالى فالذى يصعب علينا هو التفلسف والذى يخيفنا هو الفلسفة .

ثانيا : أن قول أحد الوضعيين المنطقيين مؤخراً « .. إن الجمع بين العلم والفلسفة أصبح ضرورة لا غنى عنها ، وأن الفصل الذى تم بينهما فى غضون القرن التاسع عشر كان له أسوأ النتائج على العلم والفلسفة على السواء » هو قول أصدق ما يكون على عالمنا هذا .

ثالثاً : أن معرفة الفلسفة هى ممارسة أساساً ثم تنظير لاحق ، وأنه بغير احتمال شجاعة هذه الممارسة فإننا سنمارس عملية عكسية هى وأد كل محاولة فلسفية متواضعة لحساب الشعور بالنقص والخوف (ولا أنسى أستاذنا محمد كامل حسين وقد وقع فى قبضة عملاقنا العقاد ينعته بالجبرانى لأنه تجرأ وكتب رؤيته المتواضعة فى « وحدة المعرفة ») .

وأخيراً — ومن واقع مهنتى لا بد أن أوضح رؤيتى كمقدمة تبرر ما أنا مقبل عليه من ربط الفلسفة (لا التفلسف) بهذا العلاج ، فأقدم مفهوماً خطر ببالى كطفل حامل للماء المقدس لأهله . . ليس إلا :

« الفلسفة هى المحاولة المستمرة المتجددة للحياة المعاصرة فى اتجاه معين ، فى لحظة ما . . إذ يتغير هذا الاتجاه دائماً مع استمرار المحاولة . . ، ويصحب ذلك عادة درجة من التنظير المعرفى مع احتمال مخاطر الخداع اللغوى عند التعبير لنقل هذه المحاولة إلى الآخرين . . ، كما يصحبه دائماً تأليف مستمر بين متناقضات الوجود وتجميع مبسط لجزئيات المعلومات (أو العلوم) فى مبادئ أولية بسيطة ، تتفق مع الاتجاه الآنى ، وقد تتغير بتغيره » .

إذاً فالفلسفة مرادفة عندى للحياة النابضة للإنسان إذ هو متناه يسعى إلى اللا متناه مستعملا فى ذلك مكاسبه

التطورية وخاصة الرمز والتجريد والإبداع فى رحلة وجودية صيرورية معرفية مغامرة .

فإذا تأملنا هذا الذى انتهيت إليه وراجعنا هذا البحث فى أناة لوجدنا أبطالنا جميعاً فلاسفة (بالممارسة) ، وكل ما يَبْخَسهم حقهم هو أنهم أجهضوا المحاولة بالفشل والعجز والشكوى إذ ظهرت الأعراض وجاءوا يطرقون باب العلاج . . ، وإنى إذ ألقى بهذا القول بهذه الدرجة من الوضوح لا أجد تعارضاً بينه وبين ما قلت فى فقرة التزامى وإيمانى بالتفكير العضوى البيوجى ، بل على النقيض من ذلك أجده مكملا له تماماً ، فإنى أعيش على أمل أن يتفلسف الأطباء وهم يخطون خطواتهم المتواضعة فى الحياة اليومية العملية بمعارفهم العضوية الثرية من كيمياء وطبيعة وفسيولوجى . . . الخ ، وأن يخوض الفلاسفة دنيا البيولوجى فى غير تردد ، وقد فعلها منهم الكثيرون وأثروا معارفنا الطبيعية والرياضية بلا حدود . . .

وقبل أن أدخل فى موضوعنا مباشرة أشير أخيراً إلى أنى تصورت يقيناً أن أغلب الفلاسفة عبر القرون كانوا يحلمون بمعمل للأفكار : يحققون فيه أفكارهم ويتحققون منها ويُوَلِّدون غيرها ما أمكن ، كما أن بعضهم قد تمثل أن هذا المعمل هو الحياة العامة ـ والسياسية بالذات مثل حلم أفلاطون بالملك الفيلسوف (ومحاولاته) وكذلك محاولات الماركسيين مؤخراً . . . ، وأعتقد أن كثيراً مما أصاب الفلسفة على أيدى أبنائها كان نتيجة للحماس لهذا الحلم وللتعجل فى تحقيقه .

وقد كادت الفلسفة كبحث فى الوجود أو القيم وتعريف بالإنسان أن تنتهى على أيدى الذى خدعوا فى العملية السطحية من بيكون إلى الوضعين المنطقيين ، إلى علماء النفس ، ورغم ذلك فإن فى هذا وحده دليل على إلحاح هذا الحلم ، ولكنى لا أزال أرى أن حلمهم ما زال قابلا للتحقيق ولكن ليس فى معمل بالمواصفات الشائعة الآن ،

ولا فى تجربة سياسية اقتصادية شاملة لن يستوعبها الأغلب وقد يشوهونها تعجلا أيضا.

وأكاد أقول أنى أثناء هذا العلاج قد خيل إلىّ أحيانا أنى فى مثل هذا المعمل ، بل تطور تصورى أنه ليس معملاً لاختبار الأفكار فحسب بل إنه مصنع أيضاً لممارستى هذه الأفكار.. أو مصنع للفلاسفة (بالمعنى الأعمق ولكنه لا ينبغى أن يكون مغضباً للمتفلسفين بحال) . . . وكنت أرجع دائما ومباشرة إلى مقاييسى المحددة (زوال الأعراض ، والإنتاج والتكيف والالتزام . . . الخ) ، وقد لاحظ بعض المترددين ذلك وهاجمونى بشجاعة وصراحة بشأنه وأنهم ليسوا إلا فئران التجارب، ولم أنكر ذلك ولم أتخل عن مسئوليتى ، ولكن ردى كان « أن الفلسفة قد فرضت علينا لظهور الأعراض ومجيئكم ، وبالتالى فليس أمامنا إلا المواجهة حتى وإن شملت التجريب .. وعلى من ينسحب أن يفعل ذلك على حسابه .. ولحسابه ».

هذا عن علاقة هذا العلاج بالفلسفة من حيث هى الحياة وهو مايخص العنوان الذى ألغيته (والذى كان فى المسودة) فماذا عن علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية كما أصبح العنوان بعد التعديل ؟ .

ذكر الباحث فى نهاية بحثه أن روح هذا العلاج التكاملية يغلب عليها الفلسفة الوجودية من جانبها الايجابى ، والحقيقة أن هذا هو الإيحاء الذى يتبادر إلى الذهن إزاء هذا الاتجاه العلاجى بصفة عامة ، وأكاد أشعر برفض جزئى لهذا التصنيف . . . (الذى امتد إلى مجالات أخرى من نشاطى الفكرى حيث وضعنى استاذى الدكتور عسكر ذات مرة فى هذا الاتجاه . . . وكذلك وصفنى من قرءوا روايتى « المشى على الصراط » . . . الخ) .

ولا بد أن أناقش هنا مدعاة رأيهم ومصدر إعتراضى ، فهذا الباحث (وغيره ممن علق على اتجاهى فى المهنة وغيرها)

لهم كل الحق حين ينظرون إلى القضية التى أتناولها من خلال ممارساتى أنها قضية كيانية تتعلق بالوجود وجوهره ، وهذا صحيح حتى أنى اتجهت فى مرحلة من تفكيرى (حيرة طبيب نفسى) إلى تصنيف الأمراض النفسية إلى أمراض كيانية (وهى مركز اهتمامى) وأمراض تكيفيه (وهى على هامش انتباهى . . .) .

وأول احتجاج منى هو أن الفكر الوجودى يبدأ من مقولة الوجود قبل الماهية تأكيداً للاختيار وأن الانسان صانع نفسه ، ولكنى قد أشرت فعلا (وخاصة فى مناقشة مدرسة «العلاقة بالآخر») أنى أضع الماهية الكامنة أساساً لما يحدث فيما بعد ، وكأن الوجود يحور الماهية بشكل محدود بتفاعل المكان والزمان معاً ولكنه لا يصنعها ابتداء ، وقد

بلغ من إيمانى بهذا الاستعداد القَبْلى أنى أصبحت قبل فى هذه الشأن فكر ماسلو الذى اتهم بالعودة إلى إحياء نظرية

الغرائز فيما أسماه « فريك » فى حواره معه « النظرية شبه الغـرائزيه Instinctoid Theory . . . » ، وأنا أميل إلى إحياء مفهوم الغرائز فعلا على أساس اعتبارين ، أولا : إيمانى بالتطور وأن عادات اليوم هى غرائز المستقبل وغرائز اليوم هى عادات الماضى . . . الخ وثانيا : إيمانى بواقع الانسان وقدراته المحدودة فى عمره الفردى رغم قدراته غير المحدودة فى تاريخ نوعه ..» وبالرغم من هذا فقد فضلت أن استعمل كما ذكر الباحث تعبير « إمتداد الذات » Self expansion (الذى استعمله أريتى) عن تعبير « تحقيق الذات » Self actualisation الذى (استعمله ماسلو) ، ذلك لأنى بالرغم من يقينى أن الوجود يحدد مسار الماهية ولا يصنعها ، فانى لا أوافق أنه يحقق الماهية وإنما هو يطلقها للامتداد بل للموالفة الأعلى .. وكانت المشكلة التى تعنينى وتحدد نوع ممارستى ليست مشكلة الوجود بمعنى أن أن تكون أو لا تكون To be or not do be ولكنها مشكلة الصيرورة To be or to become ، ولكن الصيرورة

لا تحل محل ضرورة تحقيق الوجود أولا ولكنها تنبع منه، لأن القفز إلى الصيرورة دون تحقيق الوجود مهرب من مواجهة المشكلة الأولى للوجود، وكذلك الاكتفاء بتحقيق الوجود أملاً فى الانطلاق التلقائى قد يوقفنا فى خدعة «الهنا والآن» بعيداً عن الاسهام بمسيرة التطور طولا فى التاريخ وعرضا فى الناس.

فإذا كان هذا العلاج ليس وجوديا فى روحه كما ذهب الباحث ولكنه وجودى فى آنِه — صيرورى فى هدفه، فإن الطريق إلى تحقيق غايته هو طريق الجدل الحى المستمر ... (وسأرجع إلى معنى الجدل حالاً).

وهنا أتوقف قليلاً قبل أن أستطرد لأسمع همس الأطباء (العمليين) القائل: أين العلاج النفسى الجارى أو غيره من كل هذا ؟ ..

والتساؤل الثانى : ألا يشوه هذا التنظير الفلسفى

مسيرة العلاج النفسي ويخرجه عن هدفه ، أو يفرض عليه ما ليس له ؟ .

وللرد على هذين التساؤلين الهامين أقول :

١ — إن هذه المشاكل السكيانية والصيرورية موجودة عند الشخص العادى وهى ليست مشاكل خاصة بالمتفلسفين أبداً .

٢ — إن المرض النفسى — وهذا النوع بالذات الذى تمثله هذه المجموعة — فى تقديرى هو مواجهة عنيفة غير محسوبة (بدرجة الإخلال) ، مع هذه المشاكل الحية التى يعيشها الأمى أو المتعلم على حد سواء .

٣ — إن وعى المعالج بها ومعايشتها هو ممارسة الفلسفة ، أى الحياة ، ولكن الوقوف عند عقلنتها — وهو مرفوض بكل وسيلة كما بدا من جلسات العلاج — هو الخطر الحقيقى على مسيرة العلاج ..

٤ — إن وعى المعالج بها ، وتحديد موقفه منها ، هو السبيل الوحيد لإثارة وعى مقابل من جهة المرضى يساعد فى تحديد موقف مسئول تجاه ما فرضته التغيرات البيولوجية المتعلقة بالنمو واستثارة الوعى .

٥ — أن المتتبع لما جاء فى الجلسات بتمعن هادئ يجد أن مسيرة العلاج النابعة من المشاكل المطروحة وكذلك قواعد العلاج التى استنتجها الباحث تتصل اتصالا مباشراً بمشاكل الفلسفة الحية ، التى إذا كنا قد نجحنا فى الهرب منها فيما يسمى العلم ، فإن هؤلاء المرضى جاؤوا يذكروننا بها من واقع مأســـــاة وجودهم ، وليس أمامنا إلا أن نواجه مسئوليتنا تجاهها ... أو أن ندمغهم وننفيهم هرباً مما يمكن أن يثيروه مما هو داخلنا فعلاً حتى لا يهددونا بالرؤية أو يدفعونا إلى المحاولة .

٦ — إن الأعراض التى جاءت بالمريض إلى العلاج كانت تزول أو تهدد بالزوال على الأقل بمجرد إرجاعها إلى أصلها وهى مشكلة الوجود أو فلسفته .

٧ — إن المشاكل التى أثيرت طوال الجلسات المعروضة ، والقواعد التى اتبعت لم تتعمد ترجيح فلسفة بذاتها أو تلزم المعالج أو أحد المترددين على رأى محدد بقدر ما أثارت أغلب وجهات النظر الفلسفية المعروفة فى بساطة دون أن نرجعها إلى أصلها الفلسفى بلغة مغتربة بحال من الأحوال . وذلك خوفاً من العقلنة (أو بلغة هذه الفقرة : إحلال التفلسف مكان الفلسفة) وأورد هنا بعض الأمثلة التى تؤيد هذه الفقرة ، ولكن على من يريد من القراء أن يبحث بنفسه فإنه لا بد واجد طوال البحث غيرها كثيراً بشكل مباشر أو غير مباشر ونورد هنا عدة أمثلة فى شكل تساؤلات تقريرية:

(أ) ألم يلاحظ المتتبع للمناقشات ما يشبه مبدأ «التهكم والتوليد» الذى اتبعه سقراط للوصول إلى الحقائق ، وقد

ظهر هذا جلياً في رفض الإجابة على الأسئلة أحياناً وقلبها جلاً إخبارية أحياناً وفي طرح أسئلة مقابلة أحياناً أخرى .

(ب) ألم يبد جلياً أن العلاج كان يهدف إلى تأكيد افتراض أن لكل مشكلة جانبين يكادان يتساويان في القوة وأن على الفرد أن يفحصهما من خلال العلاج ليرجح احدهما في مرحلة ما ، وأن الدفاع عن كل منهما بنفس القوة كان يتم من خلال المناقشات ، والانشطار، والسيكودراما ، أفلا يقترب ذلك مما جاء في محاورة بارمنيدس حيث يقول أفلاطون « إن لكل مشكلة جانبين ويمكن الدفاع عن أيهما بمثل القوة التي ندافع بها عن الآخر » .

(حـ) أليس في مبدأ رفض الثرثرة والجدل العقلي (الدردشة) الذي تقرر في كل جلسة تقريباً No Gossip principle ما يقابل النقد الموجه للسفسطائيين عندما ذهب فكرهم إلى درجة أن أصبحت غاية التفكير هي الانتصار على الآخر وليس الوصول للحقيقة . .

(د) أليس في الهجوم على الموقف الحكمي لأحد الأفراد Judgemental Attiude ما يؤيد ، ولو بدرجة طفيفة موقف الشاك بيرون حين يؤكد أنه : لا مجال للحكم على شيء ، بل لعل وراء موقف بعض البيرونيين المتطرفين الذي وصل إلى رفض الكلام نهائياً ما دام الحكم لا قيمة له .. لعل هذا الموقف الغريب فيه إيحاء ضمني للتواصل دون كلام الأمر الذي أثير في المجموعة وناقشه الباحث بوضوح .

(هـ) أليس في التأكيد على الحرية والاختيار والمسئولية ما يؤكد المبدأ الأساسي في الفلسفة الوجودية وهو أن الوجود يخلق نفسه باستمرار ، وأن الانسان هو حريته .

(و) أليس في محاولة الانتقال من الحب الفردي والعلاقة التكافلية المعطِّلة إلى حب الآخرين دون تمييز ما يشير إلى موقف أفلاطون من الحب ، ذلك الموقف الذي أُسيء فهمه أشد الإساءة . بزعم أنه « عذري » أو « مثالي » .. الخ

(ز) أليس فى مبدأ « أنا ـ أنت » ، وسعى المجموعة فى إصرار إلى كسر التحوصل حول الذات ما يؤيد أن الوجود الفردى لابد له أن يتناسق مع الوجود العام ، الأمر الذى ناقشــه هيدجر تحت مفهوم « التواصل » وياسبرز تحت مفهوم « الأنت » .

(ح) أليس فى التأكيد على ضرورة خوض تجربة حية كأساس للشفاء أى للنمو والتغـير ما يقابل رأى جابرييل مارسيل فى ضرورة العودة باستمرار إلى تلك الخبرة الأولى..

(ط) ألم نشاهد فى الجلسات تكرار محاولة « البداية الجديدة من تجربة حية » بما يؤيد الرأى الوجودى المقابل سواء كانت تجربة مغامرة إظهار الضعف والاعتماد (ما يقابل هشاشة النفس عند ياسبرز La Fragilité de létre) أو تجربة سقوط الدفاعات القديمة قبل ظهور البديل أى الاقتراب من المأزق (ما يقابل الغثيان La nausée عند سارتر) . ؟

(ى) أليس فى إعلان الحاجات اللذية للكيان الطفلى أو أحيانا الوالدى – بلغة إريك بيرن – أو هما معاً إذ يتلوثا .. ما يعلن اتجاه المدرسة الأبيقورية فى تقديس مبدأ اللذة . ؟

(ك) ألم نستشعر ظهور مبدأ البراجماتية فى كل آن ، لإرجاع كل مسار العلاج إلى الواقع العملى ، ومثال ذلك حين ترفض البصيرة العقلانية ، ويصر المعالج والمجموعة على الوصول إلى البصيرة الحقيقية التى تستقر فى القلب ويصدقها العمل . . أليس فى كل ذلك ما يؤكد المبدأ البراجماتى من أن الفكر غائى بطبيعته ، وأن المعرفة لا ينبغى أن تكون إلا أداة فى خدمة العمل . . ؟

(ل) أليس فى محاولة تصعيد الإدراك لدى أفراد المجموعة : من استقبال الآخرين والأشياء باعتبارهم «موضوعات ذاتية» Self object إلى استقبالهم باعتبارهم « كيانات موضوعية » Real odject ، ما يأتى بنا دون هوادة فى خضم نظرية المعرفة

Epistemology بأمواجها المتلاطمة بين المثالية والواقعية وقد استعمل الباحث هذه التعبيرات ببساطة لأنه استقاها من مصدر من مصادر التحليل النفسي، ولكن وراءها ما وراءها من إثارة مشاكل معرفية رهيبة؛ إلا أن استقبال المرضى لهذا التحول كان سلساً دون تنظير، مما يدل على أن « التجريب الفلسفي » ممكن بالصورة التي صورتها فى أول هذه الفقرة، بل هو قد أكد لى فعلاً تطور الإدراك من الذاتية إلى الموضوعية ليس فقط بالطريقة التى اقترحها « كانت » فى مثاليته النقدية (التى لم أفهمها إلا من خلال نظرية تنظيم المعلومات للعقل الالكترونى Iuformation processing theory) ولكنها أقرب ما تكون - أيضاً - إلى تصاعد مراتب الوعى عند هيجل فى ممارسة تجريبية عملية ..، وقد كان هذا يتم تحت ناظرى فى انبهار مذهل (هذا هو الإنسان فى أصول وجوده وحركة صيرورته !!) .

(م) وأخيراً وليس آخراً : أليس فى ما يجرى فى هذه المجموعة ما يؤكد ، بل ويحقق فكرة الديالكتيك كأساس لسيرة التطور كما نادى هيرقليطس إلى هيجل فماركس.؟ وقد ذكر الباحث إشارات متتالية إلى ما أسمـــاه مرحلة الولاف Synthesis .

* * *

إذاً . . . نحن لم نفرض مشاكل الفلسفة على العلاج ، ولكن العلاج هو الذى أحيا مشاكل الفلسفة فى نفوسنا ، فكيف نهرب منها حتى تحت وهم تلخيص كيميائى أو عضوى (رغم تأكيدى ثانية إلى أنه لا تناقض بين إثارة مشكلة فلسفية حقيقية وبين تغير كيميائى سابق أو لاحق.. بل إن النظرة الأعمق تؤكد ضرورة هذا التلازم ..) .

وقد قدم البحث — من خلال هذا العلاج — ما أسميناه « بالتجريب الفلسفى » (وسيظهر هذا جلياً فى عمـــل

لاحق حين أنشر جلسة بكل ما دار فيها من تفاصيل) وهذا التجريب بالمعنى الخاص به يحقق بعض المقولات الفلسفية مثل ضرورة الجدل الحيوى كأساس للنمو ، وينفى بعضها مثل قدرة الهيدونية الأبيقورية على الاستمرار ، ويحدد مرحلة بعضها مثل صلاحية الفلسفة البراجماتية كمرحلة عاجلة قبل الانطلاق إلى براجماتية تطورية أعمق وأبعد امتداداً على مستوى النوع كله . . . الخ . . . وإذا كان علم النفس التجريبى قد حدد تعريف التجربة فى إطار لم يسمح إلا بدراسة جزئيات السلوك فى الحيوان أكثر من الإنسان فإنى أدعو إلى فتح الباب لمواجهة مشكلة البشر تجريبياً على مستوى أكثر مسئولية وأشرف معاناة . .

* * *

أما بالنسبة لموقفى الشخصى وكيف يمكن أن أوائم بين رؤية أو معايشة فلسفية محددة وبين وظيفتى العلاجية المفتوحة فإنى أجد نفسى ملزماً بإعادة ماسبق أن كررته مراراً ، وهو

أن تحديد هدف وجودى ، والهدف النهائى من تصورى لوجود الآخرين ، بل والطريقة التى يمكن أن توصل إلى هذا وذلك لا يعنى بحال من الأحوال أن أى مرتبة دون ذلك مرفوضة أو غير صالحة لأن تسمى صحة نفسية ، بل بالعكس فإنى أعلنت أن « كلهم أصحاء » ما دام التوازن على أى مستوى قائم (وذلك فى نظريتى عن مستويات الصحة النفسية) ولكنى أقول : إن على من يتوقف ؛ أن يفعلها بمحض إرادته وعلى مسئوليته ويدعى ، وبالتالى يصل إلى توازن شخصى . . بل وبقى بنفسه من تطلع جديد مهدد ، اللهم إلا إذا استعد له استعداداً أفضل ، وهذا يحدث بالنسبة للذين انقطعوا عن العلاج فترة تزيد عن سنة ثم عادوا لا بسبب ظهور الأعراض .. ولكن « ليكملوا » ، على حد قولهم ، وقد جاءت أمثلة عديدة لهذا الموقف فى هذا البحث .

وموقفى من العلاج كما أعلنته هو أنه « إعادة إحياء ديالكتيك النمو » وهو مرتبط برأيى فى النمو النفسى الذى

خططت له وبدأت كتابته عن « ديالكتيك الجهاز العصبي ونبض الحياة الإنسانية » (راجع أيضا الجزء الثانى) وأكاد أقول إن فهم « إحياء ديالكتيك النمو » لا يتم إلا بمعرفة ماهو الديالكتيك أصلا ، الأمر الذى يخرج عن هذا المجال فى تقديم هذا البحث ، إلا أن الباحث ذكر فى أكثر من موضع أن هذا المريض أو ذاك قد وقف مضطراً لاختراق صعوبة ضرورة الولاف الأعلى Higher_Synthesis ،والحق أقول أن الباحث لم يرجع لى فى هذا الاستنتاج يستوضحه ، وبالتالى لم أجد ما يدعو إلى مساءلته إن كان يدرك حقيقة ما يتصوره أم لا ، وإن كنت لا أعتقد فى هذه المرحلة من نموه أنه يلم تماماً بعملية الجدل الحى الدائرة والضرورية لمسيرة العلاج والحياة جميعاً ، . .

* * *

وبما أن هذه الفكرة هى عصب موقفى العلاجى والحياتى

معًا (ولا يمكن فصلهما كما بيّنّا) فإنى أضمها ضمن « رؤوس الموضوعات » التى ألزم نفسى بتقديمها فى هذه المرحلة من بداية تحديد فكرى فأقول :

حين قدمت أفراد المجموعة قلت أنهم علمونى أن الإنسان « .. هو الكائن دائم المحاولة الواعية إلى الرقى » برغم وعيه الآنى بضرورة الاستقرار المرحلى» وهذا هو أول مراحل مواجهة الموقف الإنسانى المتناقض ، وبالتالى المتطلب للولاف على المستوى الأعلى ..

فالتطور حتمى من حيث المبدأ ، ولكنه لا يشمل بالضرورة كل أفراد النوع ، وإلا لا نقرض كل ما هو دون الإنسان من أول الفيروس إلى القردة العليا ، وهذا ينبهنا إلى أن المسيرة طولية تتغير فيها الأجناس ، وعرضية فى نفس الوقت يتكاثر فيها الجنس بنفس نوعيته ، والبقاء إذاً ليس للأصلح ولا للأقوى ، ولكن البقاء ، بالنسبة للقطاع العرضى ، للأهرب (الذى تجنب مواجهة تغير ظروف البيئة

بالهرب منها) أما بالنسبة للقطاع الطولى فالبقاء للأقدر ، (الذى استطاع أن يستوعب هذا التغير ليتغير من خلاله ويغيّره معاً ليصنعا وُلافا جديداً فى الإطار الكلى يلائم ظروف النوع الجديد) والإنسان ، بما أنه الكائن الذى نعرف أنه قد حمل أمانة الوعى ، يعرف ذلك بدرجة تختلف وصولها إلى وعيه حسب مرحلة تطوره ، وهو يحاول أن يسير فى الاتجاهين معاً (بالتناوب عادة) بالتلاحم مرة والجدل أخرى.

والمرض النفسى (العقلى خاصة) — عندى — هو بعض مضاعفات هذه المسيرة وهذا التناقض المتصادم ولا يمكن أن نفهمه ، ونساعد بالتالى فى علاجه ، إلا إذا ارتبطت الحلقات ببعضها ، — بمعنى إذا فهمنا تطور الحياة ، الذى هو تطور الفرد فى نموه (قانون هيكل أو القانون الحيوى) ، الذى هو تطور الفرد فى «اندفاعات التطور» ، التى أسميتها من قبل بالماكروجنى ، الذى هو هو تطور الفكرة فى جزء من ثانية (الميكروجنى الذى أشار إليه أريتى ، وهو قد يقابل — عندى —

تطور وعى الفكرة عند هيجل)، وفى كل مرحلة من هذه المراحل فإن الذى يؤكد استمرار المسيرة هو نجاح ما أسميته الجدل الحيوى أما الذى يعلن ظهور المرض والأعراض فهو فشل هذا الجدل الحيوى .. ومن ثم احتمال التراجع أو ما يسمى بالتكيف على المستوى الأدنى Adaptation at a lower level وأظن بذلك أننا دون أن نفهم طبيعة هذا الجدل الحيوى ونعايشه سوف يصعب علينا إنجاحه ، علماً بأن إنجاحه هو هدف هذا العلاج قيد البحث ... وربما هدف الحياة .

وأنا أعترف أن استيعاب واقع الجدل أمر شديد الصعوبة ما لم يمارس فعلا فى خبرة ومعايشة ، وأعترف أنى وصلت إليه من احتكاكى بهؤلاء الناس ونفسى قبل أن أقرأ عنه ، وأعترف أنى عذرت كل من شوهه أو تشوه من خلاله ، فليس الجدل حواراً عقلياً كما يتصور البعض (وربما كانت الترجمة مسئولة عن هذا الخلط عند العامة ولذلك أفضل استعمال الأصل اللاتينى

« الديالكتيك ») ، وليس الديالكتيك صراع ضدين بمعنى « الصراع » Conflict وليس الديالكتيك حلا توافقياً وسطاً بين المتصارعين ، وليس الديالكتيك احتواء أحد المتصارعين للآخر ، وليس الديالكتيك مبرراً للحفاظ على سلبيات الحياة لاستمرار التناقض ، ولا يسمح الديالكتيك باتفاق ودى يتم لحساب تبادل الأدوار وتناوبها بين المتناقضين ، ولا يتم الديالكتيك بمحاولة إلغاء أحد المتصارعين وإنكاره . . وهذه البدائل جميعاً تصف علاقة اثنين أو جزئين مختلفين أو متضادين ، ولكن العلاقة الديالكتيكية هى أثرى من كل هذا وأشد حيوية ومغامرة .

وقد ألفنا أن نتحدث عن النفس بمعنى نشاط المخ

أو بمعنى رمزى بلا تحديد .

أو بمعنى دينامى على أساس وجود قوى متصارعة مع بعضها .

ولكننا لم نتعود أن نتحدث عنها بمعنى الناتج النامى النابض الممتد لحركة النمو الديالكتيكى للجهاز العصبى فى احتكاكه المستمر بالبيئة (وخاصة بالآخر الإنسانى وهذا هو تصورلى لماهية النفس..

أما ماهية الديالكتيك فإنى أجد من الصعب على أن أنقلها كما عايشتها فى كلمات (وأظن أن هيجل قد ظُلم من خلال هذه الصعوبة كذلك) ولكن الضرورة تلزمنى بالقول :

« إن الديالكتيك هو حركة المواجهة المتلاحمة الحية الصادقة بين الأضداد.. التى إذا استمرت فى حيوية لوقت كاف.. دون أن تقضى على الكائن الحى (أو على الشعب أو على الفكرة) فإنها قادرة على تفعيل هذه الأضداد فى كل جديد أكبر من مجموع أجزائه، وبالتالى فهذا الكل الجديد ذو نوعية جديدة وقوانين جديدة... »

إذاً فالديالكتيك الحى ليس فيه غالب ومغلوب، بل ولا سلب وإيجاب، بل ولا حسن وسيء، وإنما أدنيان إلى أرقى.

ونجاح الديالكتيك هو فى أن يكون الكيان الجديد تمثيلا واستيعابا لكل من الكيانين السابقين معاً ، وهو أمل النمو النفسى باستمرار .

ولاشك أن هذه الفكرة قد خطرت كأمل عند المفكرين الإنسانيين فى علم النفس بل وكمرحلة طبيعية فى نمو الشخصية ويظهر هذا واضحاً فى تفكير ماسلو ، وحديثه عن مرحلة اختفاء الاستقطاب بين المنطق والنزوة، بين الوسيلة والغاية ، بين الأنانية والأثرة.. الخ ما هو إلا حديث عن حل هذا الاستقطاب Resolution وهو حين يتحدث عن الولاف Synthesis يتكلم عن الاتحاد التعاونى Synergic Union ولكن الذى أعنيه هنا ليس تكرار ألفاظ هذا الأمل ولكن تفسير حقيقة طبيعته بغوص التفاعل الديالكتيكى (لا بمجرد الاتحاد أو التعاون) ، ثم الإشارة إلى أن الطريقة محددة المعالم

والبيئة (المحيط) واضحة القوانين هى المناخ الذى يتيح لهذا الديالكتيك الحيوى أن يستمر تصاعداً .

والديالكتيك مراحل متصاعدة وكل وحدة أكبر من سابقتيها – ولكنها وسط على الطريق – والوحدة تتم جزئياً : بنجاح ديالكتيكى ، وجزئياً : باحتواء مؤقت الجزء المتبقى من (الذى لم يتم تمثيله) الضدين

وإذا ما استقرت الوحدة الجديدة الأكبر (التى تسمى الولاف الأعلى Higher Synthesis) لفترة تؤكد فيها نوعيتها ، فإنها قد تلفظ الجزء المحتوى داخلها ليلتحم بالتناقض خارجها وتبدأ صراعاً جديداً ... وهكذا .. وباستمرار هذه العملية وتكرارها يقل هذا الجزء المُحتوى بعد كل نجاح أعلى حتى يتلاشى (نظرياً) وهنا يصبح الوجود مطلقاً والتكامل خالداً واللاشعور منعدما ... (راجع أيضا الجزء الثانى) ، وبما أن هذا الهدف الأبعد هو هدف نظرى بالضرورة فالحركة

مستمرة نحو التكامل إلى أبعد مما نستطيع أن ندركه فى حياة الإنسان المحدودة حتى الآن .

أما موقع المرض النفسى من هذه الحركة فكما سبق أن ذكرت إن : الأعراض هى مضاعفات الحركة التطورية الديالكتيكية إذا ما فرضت على الكيان البشرى قبل أن يستوعب المرحلة السابقة وقبل أن تكون قد استكملت مقومات نمائها واستعدادها . (راجع أيضا الجزء الثانى)

وبالتالى فيكون العلاج النفسى هو مساعدة هذه الحركة التطورية على إتمام هذه المرحلة من الولاف الأعلى . . . ، أو على التراجع عن هذه المحاولة حتى تستعد وتستكمل مقومات الحركة الناجحة فى الخطوة القادمة .

* * *

وهكذا نستطيع أن نراجع طبيعة هذا العلاج قيد البحث من خلال هـذا المنظور بأن نعيد تأكيدنا أنه ليس كبتاً ، ولا قمعاً وتحكماً ولا تصالحاً وتبادلاً بين أجزاء أو كيانات

النفس ، وإنما هو يهدف إلى تهيئة الظروف المساعدة لإنجاح هذه الخطوة التطورية المهدده بالفشل .. وذلك للوصول إلى الولاف على مستوى أعلى ، وهو يقوم بذلك من خلال الخطوات التالية (بنفس الترتيب عادة)

(أ) تحديد القوى المتصارعة ، وبيان مكوناتها ، من خلال التفاعل والبصيرة ، ولو كانت مجرد البصيرة العقلية مبدئياً .

(ب) ثم فصل مكونات هذه القوى عن بعضها من واقع عمليات الانشطار والسيكودراما والتحليل التركيبي والتحليل التفاعلاتى .

(ح) ثم إعادة مواجهة هذه القوى مع بعضها البعض ، بهدف آخر غير الصراع وهو إعادة تقييم التناقض والاعتراف بوجودها دون التسليم لتضاد نشاطاتها المعطِّل .

(د) ثم الحفاظ على استمرار هذه المواجهة وتصعيدها بالدرجة التي تسمح بها دعامة المجموعة والمعالج .

(هـ) ثم إدراك فشل أى من الجانبين على حدة .

(و) ثم الاضطرار بالتالى إلى التعاون فالتفاعل بين كيانات الشخصية ، إذ أن الالتحام على مستوى أعلى ليس مطلقاً بحال ، بل يتفق مع إمكانيات الفرد وبيئته فى هذه المرحلة بذاتها ، ويتم هذا الالتحام بقبول القوة الدافعة لكل كيان ثم إعادة توجيهها مع ضدها إلى اتجاه مشترك بما يقربهما من بعضهما حتى يلتحما فى كلٍّ أكبر من أصل أجزائه .

وهكذا نجد أن هذا العلاج ليس ترجيحاً للأنا الفرويدى ، ولا للفتى التفاعلاتى ، ولا للتلقائية الجشتالتية وإنما هو سعى إلى المرحلة الأعلى من التأليف بين كل هذا .

على أن الدليل الحقيقى على نجاح الولاف الأعلى هو القدرة على إدراك أهمية تساوى الضدين المتصارعين رغم استمرار صراعهما ولكن فى اتجاه ائتلاف ، ويتعجب المريض

أحياناً فى هذه المرحلة حين يدرك من واقع الممارسة العلاجية أن الشر لم يعد شراً صرفاً ، والخير لم يعد خيراً صرفاً ، واللذة لم تصبح لذه معطلة ، والأخلاق لم تصبح سجناً لازماً .. وهذا التغير النوعى (التلقائى عادة وليس التلقينى ، والذى يكتشفه المريض أثناء تغيره ولا يسعى إليه مسبقاً) هو الذى يؤكد مسيرة العلاج إلى اتجاهه السليم وهو الولاف الأعلى . (ولكننا نحذر أن نخلط مفهوم هذا التفاعل الحى الأعلى ، بتمييع الموقف بمفهوم هامد مائع لتبرير السلبيات) .

وإن كنا هنا لابد من أن نعيد إيضاح نقطة هامة وهى أن الهدف النهائى ـ وهو محاولة التكامل ـ لا يعلن أبداً على المتعالجين ، وأن الممارسة الحية لهذه المسيرة من جانب المعالج أساساً هى التى تنقل طبيعة العلاج إليهم ، كما أن قبول المعالج لأى ولاف أعلى (أو حتى تراجع أدنى) هو طبيعة حركة النمو اللولبية .

وما دام الهدف نظريا وخفياً والمراحل متعددة ومختلفة بالنسبة لكل فرد على حدة ، والتقبل كاملاً دون تفرقة تصنيفية ، والاختبار من جانب المريض أو المتردد متجددا بحضوره فى كل مرة ، فإن التخوف من فرض تصور المعالج ورؤيته للوجود البشرى على المتعالجين يصبح تخوفا مفيداً ولكن لاينبغى أن يكون تحذيراً معوقا . . .

* * *

وبعد . .

فإنى لاأجد مجالا للاعتذار عن هذا التطويل فى الحديث بلغة ليست مألوفه لدى المعالجين ، إلا إن كان ينبغى علينا أن نمنع المرضى من الحديث بهذه اللغة أصلاً أو معايشة محتواها تحت عنوان أنهم يتكلمون كلاما غامضاً شبه فلسفى . . فإذا فعلنا ذلك فلابد — أمانة — أن نعيد تقييم موقف مهنتنا الحقيقى من مسيرة التطور والإسهام الحضارى .

رابعاً : علاقة هذا العـــلاج بالسياسة والدين

لا يمكن أن أنهى هذه المقدمة دون أن أشـــير إلى موضوعين هامين شديدى الارتباط بالحياة ومن ثمّ بالعلاج، ولكنى استسمح القارئ عذراً فى أن أوجز فيهما قدر ما يمكن لطبيعتهما وطبيعة المقدمة :

أولا : السـياسة :

وفى إيجاز أقول : إن من يمارس هذا العلاج (معالجاً أو معالَجاً) لا يستطيع بحال أن ينسلخ عن التفاعل السياسى اليومى ، إلا أنه قد يتعرض فى نفس الوقت إلى رؤية احتمال أن بعض ممارسى العمل السياسى من أفراد المجموعة أو غيرهم قد يتخذونه مهربا فرديا من مواجهة مشكلة وجودهم — وقد نوقش هذا الاحتمال فى إحدى جلسات هذا البحث —

كما أن العكس صحيح ، إذ أن بعض الذين يركزون على مشاكل وجودهم من خلال أمراضهم قد يتخذون ذلك مهربا من الالتزام بالمشاركة الإيجابية مع بقية الناس ، وقد يعمم المعالج رؤيته هذه دون ترو ، وكل ما أستطيع أن أقوله هو أن هذا العلاج مرتبط بالناس أشد الارتباط ، ولكنه ليس عملاً سياسياً فى ذاته ، رغم أنه يسهم فى العمل السياسى بطريق غير مباشر إذ يعد إنسانا موضوعيا قادرا على الحكم والاختيار والمساهمة اليومية باللغة العادية المتواضعة ، وهذا العلاج لم يندفع وراء وهم إطوبائى أغرى « إريك فروم » فترة من الزمن حين تصور أن إعداد الساســـــة ينبغى أن يتم من خلال كوادر علاجيـة حتى لا نتيح الفرصة لهارب فى السياسة من أزمة وجوده أن يستولى على سلطة تسمح له بتشويه نفسه والناس ، لأنى أعتقد أن الهرب فى السياسة ـ إن صح التعبير ـ فوائده لعامة الناس ، والخوف من سلبياته لا ينبغى أن يدمغه ، أما الحد

من مخاطره فهو متروك لقوى أخرى تتعلق بدرجة تطور شعب ما ، وقدرته على ممارسة حريته ومسئوليته ، وليس فقط لحكم معالج أو متعالجين فى حجرة مغلقة .

وخلاصة القول أن العمل السياسى ضرورة ذات أهمية بالغة بالنسبة للمجموع رغم أنها قد تكون مهربا إغمائيا بالنسبة للفرد ، وأن من يحاول أن يواصل رؤية ذاته قد يصل إلى قبول التناقض حتى لا يعود قادرا على التشنج السياسى من خلال الاختلاف والحماس التعصبى ، ولكنه فى نفس الوقت يصبح ممارسا سياسيا بالضرورة بمعنى ارتباط حياته وفعله وأمله ويومه وغده بالمجموع مباشرة .

ثانيا : الدين :

أعتقد أنه يلزم للحديث عن هذا الموضوع الحساس الالمام بحقيقة أبعاد أربعة :

أولا : التصوف الحقيقى ـ غير الانعزالى ـ ومسيرة النمو الفردى من خلاله .

ثانيا : التجمع الصوفى وأوجه الشبه والاختلاف بين علاقة المريد بالشيخ وبين ما يجرى فى هذا العلاج .

ثالثا : الدراسة المقارنة بين ما يدعو إليه الدين من « عامل مشترك أعظم بين الناس ـ عرضا » ، « وهدف غائى واحد ـ طولاً » ، (وجه الله) ، وبين روح المجموعة وغايتها والأثر الايجابى لهذا وذاك

رابعاً : الفرق بين الإيمان والتدين والطريق الموصل بينهما وعلاقة هذا وذاك بما يقابله فى هذه الممارسة .

والحديث عن هذه الأبعاد الأربعة ودراستها المقارنة يحتاج من الوقت والجهد ما يجعلنا نترك الأمر للمهتمين به ، لكن تقرير بعض الأساسيات الأولية التى اكتشفتها فى نفسى وفيهم من خلال هذه الممارسة ، هو ضرورة مرحلية

ضمن الإطار العام الذى التزمت به فى هذه المقـدمة ، لذلك أجد إلزاماً على أن أقول :

١ — إنه إذا كانت الصحة النفسية هى التوازن والتناغم داخل النفس (أى التنسيق والترابط داخل المخ) . . ومع المجتمع ، وكان الإيمان هو التوازن والتناغم بين الانسان وبين الـكون ، فإن ارتباطهما عضوى بطبيعة مسيرة التطور .

٢ — إن مفهوم الانسان على أنه الـكون الأوسط Mesocosmos الذى يقـع بين الـكون الأصـغر (الذرة) Microcosmos والـكون الأعظم Macrocosmos ، هو المفهوم الذى يمـكن من خلاله أن يتحقق السعى إلى التناغم ، والأمل فى التفجير المتواصل للترابط بين هذه الدوائر الثلاث المتماثلة فى قوانينها والمتضاعفة فى وجودها .

٣ — إن الإلحاد بمعنى فقد التوازن أو إنـكاره مستحيل بيولوجيا ، وكل ما يستطيعه الملحد هو أن يطمس وعيه خوفا من رؤية عمق ذاته وجوهرها .

٤ — إن مظاهر هذا الإنـكار هو فـكر سـجين أو ممارسة ميتة ، وأى منهما له مظاهرة فى الحياة العامة ، كما أن له مضاعفاته : بلغة الأعراض التى تعلن اختلال التوازن ، أو بلغة مظاهر فشل الاغتراب الجماعى.

٥ — إن الدين الجاهز هو إلزام قد يفيد كإطار يساعد فى السعى إلى التوازن ، ولـكنه إذا اسىء استعماله أطفأ كل أصالة بشرية .

٦ — إن علمنا ، وعلاجنا ، إذ تجنبا الخوض فى الحديث المباشر عن منشأ كل الدين وضرورة الإيمان وكدر الإلحاد وصوره ومضاعفاته إنما تجنبا «لغة أسىء استعمالها» ولكنهما لا يستطيعان بحال أن يهربا من المواجهة الفعلية . . فى الممارسة والتطبيق .

٧ — إن المشـكلة الأساسيـة فى الوجود هى التناغم والإتساق ضد التنافر والنشاز (وليس فقط اللذة ضد الألم أو الحياة ضد الموت أو الجنس ضـد العدوان) على أنهما

ـ الإتساق والنشاز ـ ضدان على طرف محور لولبي ، ومشاكل الصحة والمرض ليست فى اختيار أيهما . . ولكن فى سلامة السعى بينهما .

٨ — إن التعرض لهذه المشكلة الجوهرية باستعمال اللغة الشائعة التى خلت من معناها الأصلى قد يعرضنا لمضاعفات لاسبيل إلى تفاديها مهما بلغ حسن النية أو وضوح الرؤية لذلك ينبغى ممارستها دون حاجة ملحة للتعرض للحديث عنها صراحة . . . إن صدق العزم .

٩ — إنه لاتعارض بين إيمانى المطلق بالأساس العضوى البيولوجى لكل شىء ، وبين إيمانى المطلق بالحل الأوحد فى السعى الائتلافى المتصاعد للتناسق مع الكون الأعظم طولاً وعرضاً مهما اختلفت الأسماء .

فالدين والإيمان وما إليهما ليسوا عندى مشاكل ميتافيزيقية . . بل هى ممارسة فيزيقية يومية ، الأمر الذى ينبغى أن نضعه فى بؤرة وعينا .

١٠ — إن الرؤية الإيمانية تتصل بالوعى اليقينى بحقيقتين وهما «الموت للفرد» و«الاستمرار للحياة»، وهما حقيقتان زمنيتان يقابلهما حقيقتان مستعرضتان آلا: وهما «ضآلة الإنسان» (المرتبطة بضآلة الأرض المرتبطة بضآلة المجموعة الشمسية .. الخ) ثم «كونه تصغير وتلخيص للكون كله» فى نفس اللحظة، والإدراك اليقينى لكل هذه الحقائق الموضوعية جميعاً فى نفس الوقت هو عامل مساعد يسهل للانسان مسعاه إلى التناسق أبداً. وبالتالى فهو يعمل لامحالة فى مسيرة هذا العلاج وإن لم يعلن عنه ابتداء، ولكنا أيضا لانتجنب الخوض فيه متى جاء أثناء التفاعل الآنى تلقائياً، وكثيراً ما يحدث ذلك.

١١ — إن «الخوف من الإيمان» هو ظاهرة إنسانية، لعلها أعمق وأهم من الخوف من الحرية التى تكلم عنه «إريك فروم» وكذلك من الخوف من الجنس ومن العدوان ومن ثم كبتهما .. الخ، وقد تكلم عن هذا الخوف من الإيمان أفراد من هذه المجموعة العلاجية قيد البحث بألفاظ مباشرة ..، ومارسه

آخرون بطريق غير مباشر وأرى أن هذا الخوف الأساسى ، ينبغى أن يدرس فى عمق يتناسب مع خطورته وآثاره على مسيرة الإنسان التى من بين مضاعفاتها : المرض النفسى .

١٢ — وأخيراً : فإن كل ذلك لا ينبغى أن يفتح شهية المسطحين لمحاولة إثبات مقولات الدين من خلال مثل هذه الآراء التى تصدر فى مجال علمى . . . وكأنها الحق . . فهذه المحاولة التلفيقية (بين ظاهر الدين وظاهر العلم) كانت وستظل مضحكة مفسدة .

كما لا ينبغى كذلك أن يغرى ماذكرته آنفاً بإضفاء لمسة من التقديس الكاذب على هذه الممارسة العلاجية المجتهدة المتواضعة. التى قدمها هذا البحث .

فإن كل ما طرحت هو مجرد إبلاغ لما ظهر لى من زاوية رؤيتى فيما يتعلق بهذا الأمر بالغ الخطورة والأهمية ، وأعتقد أنه كان لابد من إعلان موقفى هذا لأن ذلك يساعد لامحالة فى تقييم ما قدمه هذا البحث ضمنا .

وبعـــــد

إن أخشى ما اخشاه أن تكون هذه المقدمة التى طالت قد احتوت أكثر مما تحتمل، وأثارت من المشكلات أكثر مما يستطيع هذا البحث، أو يلحقه من أبحاث، أن يردوا عليها، وكأنى بالناس إزاءها أحد فريقين (هما الذان كنت أخشاهما منذ البداية).

الأول فريق يمثل الأطباء (العمليون) الذين سوف تستفزهم هذه الأغوار البشرية ليقول لسان حالهم: مالنا بكل هذا ؟.. إن المريض جاء يشكو بكذا وما علينا إلا أن نزيل الشكوى بكيت.

والثانى: فريق المثقفين المتطرفين الذين يتصورون أن دراسة الطبيعة البشرية والمشاكل الفلسفية ينبغى أن تظل فى برجها العاجى، لايلمسها الإنسان العادى، ولا تقترب منها الاتجاهات غير المتخصصة.

واطمئن الفريقين معاً . . فما زدت عن أن أعلنت بعضا مما أعايشه مما وصل إلى وعيي.. تفسيراً أو تبريراً لأفسر ما جرى ويجري مع هذه المجموعة التي أذكر القارئ أنها أصبحت «مجموعة بحث» أصلاً بعد أن اختفت الأعراض كما أعلن الباحث . .

وهكذا نجد أنفسنا دائماً في مواجهة حية « أن هذا هو الإنسان. . . » من وجهة نظر ما . .

ثم نعلن أن عمق الرؤية لا يعني ولا يتطلب تحقيقها الفوري بما يخل بمسيرة التطور ، ولكن العجز عن تحقيقها لا يثبت فسادها أو خطأها ، وأن المرض النفسي ما هو إلا مضاعفات لمحاولة النمو . . . ومن جانب آخر هو فرصة لمعرفة الأعماق وتخطي المرحلة السابقة . .

وأن البحث العلمي له أكثر من سبيل . . ومن بينها هذه المواجهة والتفاعل بين الناس في الفعل اليومي وتسجيله ومحاولة تفسيره ، وإن على الباحث في أي مجال أن يعرض وجهة نظره حتى لو تخطت مجال بحثه ، لعل فيها ما يفيد من يستطيع أحسن منه في مجاله أو في غير مجاله .

الجزء الثانى

فى النظرية والأداة البشرية

مقدمة :

لا شك أنه قد يسىء إلى أى فكر أن يُقدم فى هذه العجالة بهذا الإيجاز ، ولكن قد يسىء إلى صاحبه أكثر وإلى الناس ألا يظهر أصلا، وإذا كنت قد أشرت إلى بعض الأسس النظرية التى أثرت فى طريقة العلاج الجمعى الذى أقوم به فى الجزء الأول من هذا الكتيب .. فقد أحسست أنى لا بد وأن أرسم الخطوط العامة التى تحدد فكرى من أكثر من جانب وأنا أقدم هـــذا الجزء الثانى لأكمل فهرست بعض ما يشغلنى ، وبما أن هذا الكتيب كما أشرت — وكما شرح مصدره الدكتور رفعت محفوظ — ليس إلا مقدمة عجلى لما سيأتى بعده ، وفى نفس الوقت هو إلزام بأن

يأتى بعده ما ينبغى فى حينه فإنى سأقوم هنا بإيضاح بعض جوانب فكرى النظرى أساساً مع بعض الارتباطات التطبيقية فى أقل نطاق ممكن .

الخطوط العامة

أولا : الأسس المبدئية :

لكل فكر مصادره الواعية التى بنى عليها نسقه، فلا يمكن أن يبدأ فكر من فراغ ،ولكن علمنا بوجه خاص له مصادر واعية ومصادر غير واعية وهى جميعا تؤثر مباشرة على الممارسة وعلى التنظير معاً ، وقد أشرت إلى هذا الأمر فى الجزء الأول من هذا الكتيب ولكنى هنا أقول أن على كل منظّر أن يسعى إلى توضيح مصادر فكره من خارج ومن داخل ما أمكن ، حتى يتيح للمتلقى أن يتخذ منه موقفاً مختاراً يأخذ ما يريد ويدع ما يشاء .. ، ولن أستطرد فى هذا الجزء لذكر المصادر الذاتية التى أوضحت بعضها فى الحديث عن نشأ-

هذه الطريقة فى العلاج الجمعى، وسأكتفى هنا بتعداد بعض الأسس المبدئية التى يستند عليها فكرى أصلا .

١ — تمثل نظرية التطور، (النشوء والارتقاء) دعامة أساسية فى وجودي وتفكيرى معاً . وبغير وضوح هذه النظرية فى عقل ووجدان أى متلق فإنه لا يمكن أن يتواصل مع فكرى، بل فى اعتقادى أنه يفتقد الكثير وهو يتواصل مع أى فكر بل وربما أى علم، وبالرغم من أن هذه النظرية، التى ترجع حديثاً إلى داروين وولاس معاً، تكاد تفرض نفسها على كل فكر فى عديد من فروع العلم حتى لتكاد تبدو كالبديهية، إلا أنها ـ ولابد من التسليم ـ لا تزال فرضاً قوياً ليس إلا ... (حتى يرتاح المهاجمون والخائفون معاً)، ولكن لا يمكن أن يفهم علمنا هذا ـ الطب النفسى ـ دون إيمان بهذا الفرض، والمتصفح لأى كتاب فى علم تشريح الجهاز العصبى المقارن لا بد وأن يتساءل كيف يمكن فهم تطور الجهاز العصبى دون إيمان بهذه

النظرية ، فإذا انتقلنا إلى الفيلسوف عالم الأعصاب، هوجلج جاكسون وما أضافه فى علم الأعصاب والأمراض العصبية نجد أنه يستحيل أن نفهم نظرته ونظرياته دون الإيمان بالنشوء والارتقاء ، وأخيراً فإن فرويد - مثلا - لم ينس الرجوع إلى هذه النظرية .. ولكنه لم يستطع الغوص إلى نبضها وغلب على فكره أخيراً الاهتمام بخبرات الطفولة «الفردية» أساساً .. ولكن تصورى أنه بغير التحام فكره أصلا بهذا البعد البيولوجى — الذى أخذه عليه تلامذته المحدثون فيما بعد — ما كان ليصل إلى ما وصل إليه على المستوى الفردى ..

وقد سار فى هذا الاتجاه التطورى مباشرة كثيرون ، من أول ساندور رادو وهنرى إى حتى أوبنهايم والمدرسة المسماة بالطب النفسى البيولوجى برمتها ، والذى يقرأ الفقرة السابقة يلاحظ أنى ذكرت كلمة «الإيمان» بهذا الفرض وليس مجرد معرفته ، ولم أذكرها اعتباطاً لأنى لاحظت فى تدريسى

أن من يعرف هذه النظرية تمام المعرفة غير من يؤمن بها حتى لينبض بالتناسق التى تحتويه فى كل فكر وفى كل رؤية وفى كل تفسير ، فالأول يحفظ أشياء تفسر له ظواهر ، والثانى يغوص إلى وجود ممتد ينسق فكره ويمتد به دائماً إلى ما قبل، وإلى ما بعد ، وجوده الزمنى الضئيل ، وحين كنت أناقش من يزعم الإيمان بهذه النظرية عما تعنى بالنسبة لحياته الخاصة (مثلًا بالنسبة لتنظيم وقته وعلاقاته واهتماماته فى الحياة) ويعجز عن أن يجد ارتباطاً مباشراً بين هذا وذاك كنت أدرك مدى بعده عن التجاوب مع فكرى الذى أريد أن أقدمه له ، وقد وجدت أن الصعوبة فى الإيمان بهذه النظرية (بديلا عن معرفتها) تكمن أساساً فى العجز عن إدراك « وحدة الزمن » التى تتكلم بها هذه النظرية . فعمر التطور مثلا يرجع إلى حوالى خمسه آلاف مليون سنة حسب آخر رأى وظهور فصيلة الإنسان والقردة العليـــا احتاج

إلى ٤ر٥ — ٥ ملايين من السنين ، ونشأة اللغة بدأت منذ حوالى ما بين ٥٠٫٠٠٠ إلى ٥٠٠٫٠٠٠ سنة حسب مختلف التقديرات(*) ... الخ وكل هذه الأرقام قد يسهل قراءتهــا والنقاش بها ولكن قد يستحيل تصورها بنفس الوحــدة الزمنية التى اعتدنا التعامل بها فى حياتنا اليومية . أما المصدر الثانى للصعوبة فهو التهديد الذى يحمله الإيمان بهذه النظرية وهى ـ لا محالة ـ خطورة ، أو ضرورة ، الارتقاء وبالتالى فإن الكائن الفرد العادى يواجه هذه الخطورة كتهديد لنوعه الحالى وهو بالتالى يقاومه تمام المقاومة حفظاً على بقائه المرضى ...

وهنا لا بد أن نشير إلى طبيعة التطور وأنه يشــمل الحفاظ على النوع وتطوره فى آن واحد ، وأن قوانينه عرضية

(*) رغم أنى لم ألتزم تحديد أى مرجع فى هذه المقدمة إلا أنى فضلت أن أورد المرجع الخاص بهذه الأرقام لضخامتها وغرابتها عن الأرقام المألوفة
Gre..an R. & ... S. (1976) ... Dimensions of Psychiatry, Vol. I Raven Press N. Y., USA.

كما هى طولية فى آن واحد أيضاً ، وبدون تفصيل نقول أن الفيروس والأميبا مازالا حتى يومنا هذا يحافظان على نوعهما رغم أن الإنسان تطور منهما (أو من أولاد عمومتهما !!)، واستيعاب هـذا التناقض وحده صعوبة جديدة . . . فما بالك إذا انتقل إلى تهديد مباشر للكيان البشرى الفردى بمجرد وعيه لدرجة الإيمـان بهاتين الضرورتين المتنـاقضتين فى آن واحد . .

وحين أذكر أن التطور البيولوجى هو الأساس الأول لفكرى النظرى ، فإنى لا أشير — إذاً — إلى تفاصيل فرض قوى فرضه داروين وغيره فحسب ، ولكنى أؤكد ارتباط الوعى الإيمانى به بالارتباط بجذور الوجود الممتدة إلى ما قبل النبض الحيوى فى البروتوبلازم وكذلك ارتباط اليقين الاستشعارى الذى يتحسس تناسق التكامل المستقبلى إذ يتفق نظامه مع نظام الكون الأكبر ... بالممارسة اليومية لمشاكل النفس فى سوائها واضطرابها .

ويعتبر انتقال العادات المكتسبة بالوراثة جزء هام من نظرية التطور كما أعتنقها ، وهو محدد لطبيعة تفكيرى

٢ — حتمية ارتباط الوظائف النفسية ومفهوم النفس بالصفات الحيوية للمادة الحية عامة ، وبالجهاز العصبى خاصة ، أساسية فى تفكيرى ، وذلك مع الاحتفاظ بفكرة التميز الوظيفى الذى تتصف به الكائنات العليا جنباً إلى جنب مع بقايا ضرورة التجاوب الكلى الذى تتميز به الكائنات الدنيا (ما دام الإنسان لم يبلغ مرحلة التكامل بعد ، تلك المرحلة التى تتآلف فيها هاتين الخاصتين فى خاصية ولانية عليا) . وعلى ذلك فإن تحديد الوظائف تحديداً تشريحياً فى خلايا المخ هو أعجز من أن يلم بطبيعة الوظائف النفسية ، كما أن هذا العجز فى ذاته ليس مبرراً لتصور أنها ليست — إذاً — من وظائف المخ ، وفى تقديرى أن مايحل هذا الإشكال هو أن للوظيفة النفسية «مدى ونسقاً» Extent & Organisation وليس موضعاً Locality !

وأن هذا المدى ليس كمياً فحسب، بل له نسقه المنتشر وطرق ترابطه الخاصة، ومن خلال هذا المفهوم لا بد أن يعاد النظر فى المعطيات الجزئية التى أغرت البعض بتحديد الوظائف النفسية تحديداً يشبه تحديد وظائف الحس والحركة.. وأنا لا أرفض هذه المعطيات الجزئية ولكنها ينبغى أن تعتبر جزءاً من الكل الجديد بلغة « المدى » و « النسق » معاً ، وهنا لا بد من إشارة عابرة إلى أن الفصل بين الوظائف النفسية هو فصل تعسفى إذا بولغ فى حقيقته أو إلزامه، وأن وجهة النظر التى ترتبط « بالمدى والنسق » لا بد وأن تشمل أكثر من وظيفة فى نفس الوقت، وكأن أغلب الفصل بين الوظائف النفسية كان فصلا لغوياً للتواصل والتنسيق أكثر منه تعبيراً عن حقائق بيولوجية مستقلة بذاتها .

ولتوضيح هذا المفهوم الأشمل نورد هنا بعض ملامح إعادة النظر فى الوظائف النفسية بلغة « المدى والنسق » مع الاعتذار عن عدم التفصيل، فنقول إنه يمكن ترتيب الوظائف

النفسية حسب شمول مداها ووحدة نسقها ودرجة تميز تفاصيلها من الأعم إلى الأخص رغم اختلاف طبيعة كل مجموعة كالتالى :

(أ) الوظائف الوسادية Matrix Functions وهى الدعامة الشاملة الأساسية أو الأرضية التى تحدث داخل إطارها بقية الوظائف ، وأعنى بها الشعور Consciousness والوعى Awareness (وتشمل النوم كأحد صورها ... الخ)

(ب) وظائف الطاقة (أو الوظائف الدوافعة) Motivating Functions وأعنى بها الوظائف الخاصة بإطلاق الطاقة الحيوية فى هذا الاتجاه أو ذاك ، وهذه الوظائف تشمل بلغة علم النفس العام : العواطف والانفعالات والدوافع (والغرائز : لمن يجرؤ على استعمال هذه اللغة المضطهدة) ، أما بلغة « نقط الانبعاث » Pace maker والكيانات النفسية فإن هذه المنطقة تشمل مختلف حالات الأنا Ego States وكل حالة تطلق طاقة خاصة بها لها معالم سلوكية محددة وتثير ارتباطات الوظائف التالية فى اتجاه محدد .. وهكذا .

(ﺟ) وظائف الارتباط والتعبـــــير والتواصـل Associative, expressive & relating Functions وأعنى بها الوظائف التى تشمل التعلم والتذكر والتفكير الترابطى والتعبير اللغوى .. الخ

وبنظرة سريعة إلى هذا الترتيب نجد أن الوظيفة الأولى أساسية وشاملة لما بعدها (الثانية والثالثة) والوظيفة الثانية دافعة وباعثة لما بعدها ، والوظيفة الثالثة تفصيلية ومحددة .

ورغم أن هذا المجال لاسبيل فيه لتفصيل هذا الاستطراد إلى أنه ينبغى ذكر أن هذا التميز إلى هذه المستويات المتداخلة يسبقه مرحلة « لا تميز » حيث تختلط فيها الوظائف ببعضها ومثال ذلك أن الإدراك خارج نطاق الإحساس Extra - Sensory Perception هو فى شكله البدائى وظيفة قبلية غير مميزة ، (لذلك فإنى أفضل تسميته فى هذه المرحلة (Pre - sensory perception) ، أقول إن هـذه الظاهرة تشمل الثلاث مستويات « معـاً » قبل أن تتميزوا ويتلاحقوا

فهى ظاهرة وسادية (عامل الحدس فيها) دوافعية (شحنتها العاطفية الممتزجة) ارتباطية (ما يميزها من إدراك) فى نفس الوقت .

وعلى الطرف الآخر من تصاعد نمو هذه المستويات نجد أن المرحلة التالية لهذا التمييز التلاحقى هى وُلاف أعلى يشمل الثلاث مستويات معاً ولكن على أرقى نطاق وتشمل هذه المرحلة الوظائف الوُلافية مثل الإرادة والإبداع (التفكير البعترابطى Meta associative Thinking)

وهكذا أردت أن أوضح فى هذه المجالة معنى الحديث بلغة « المدى والنسق » بالنسبة للوظائف) مع إشارة جانبية إلى طبيعة مراحل النمو من اللاتميز إلى التميز التلاحقى الاحتوائى إلى الالتحام الوُلافى .

٣ — العلاقات بين المستويات المختلفة فى المخ علاقات دينامية تركيبية Dynamic correlative reletions وليست علاقات سببية خطية Linear-causal relation (أو ميكانيكية)

وبالتالى فإن مستويات المخ (المقابلة لمستويات التطور) إنما تتنافس وتتبادل وتتصارع وتتقابل بشكل متداخل ومركب بحيث نحتاج إلى عمق صبور حتى نلم بطبيعة هذه العلاقات دون الاكتفاء بسطحية الارتباطات الظاهرة . . .

٤ — إن تطور وظيفة المخ — ومن قبل تطور تركيبه — إنما يتم بانتقال العلاقة الدينامية التركيبية إلى علاقة ديالكتيكية جدلية تبدأ بالتناقض وتنتهى بالولاف الأعلى ، وقد أشرت إلى هذه الفقرة فى الجزء الأول ولكن دون تفصيل لنمو وظيفة المخ ، وكل ما أؤكده هنا أن طبيعة نمو المخ البشرى تطورياً وحالاً لا يمكن أن تدرك بتعقيداتها الهائلة إلا من خلال استيعاب فكرة الولاف الديالكتيكى المتصاعد ، وعلى ذلك فيكون من أهم مصادر التنظير الذى هو استيعاب فكرة الديالكتيك كما أشرت فى الجزء الأول .

٥ — إن ضرورة ارتباط المفهوم الطبى البراجماتى والميكانيكى معاً بمفهوم كلى مرتبط بالوعى والوجود يعتبر

حتماً لا مفر منه ويتطلب استعمال أساليب « كلية » مثل لغة بعض الفلسفة، و « تركيبية » مثل لغة الرياضة الحديثة والطبيعة الحديثة.

٦ — الرجوع إلى نظرية الطاقة : من دعائم فكرى الأساسية أن ارتبط بلغة « الطاقة البشرية الأساسية » والطاقة المخية خاصة، مما يقابل استعمال فرويد مثلا لكلمة « ليبيدو » رغم اصطباغها عنده بالمفهوم الشامل للجنس ، وربما بما يقترب من فكر برجسون عن الطاقة الحيوية.. الخ ، وقد ثار العلماء فى السنين الأخيرة لتصورهم أن هذا الحديث « عن طاقة ما » هو ضرب من البعد عن المعطيات العلمية المحددة التى حاولوا أن يحبسوها فى المشتبك العصبى وفى بضعة هرمونات عصبية، ثم فصلها دون عشرات غيرها تعمل فى نفس الوقت ، بل إنهم فى ثورتهم هذه أنكروا الغرائز أصلا ، ولكنى أصر على أن الحديث بلغة الطاقة ليس حديثاً ميتاً فيزيقياً أو ضرباً من التخمين ، بل إن الحياة هى أصلا تشكيل للطاقة فى شكل بيولوجى كيميائى ، ومفهوم الطاقة وتحولها مفهوم مباشر وأساسى

من أول تحول الطاقة الشمسية إلى طاقة كيميائية فى النبات إلى تحول الطاقة الكيميائية المرتبطة بالرباط الفوسفاتى ذى الطاقة العالية فى مركبات ثنائى وثلاثى فوسفات الأدينوزين (ADP & ATP) إلى طاقة فيزيائية . . ، فلماذا لا نفكر فى تحول الطاقة الكيميائية إلى طاقة نفسية وبالعكس ، أليس هذا أقرب ما يكون إلى التفكير العلمى الموحد ؟ وبالتالى فإن تحويل مفهوم الغرائز والعواطف عندى إلى مفاهيم ارتباطات كيميائية وحيوية (كلية تركيبية) نوعية ذات طاقة وذات مسارات سلوكية وجودية ذات دلالة ، يعتبر من أبجدية تفكيرى المهنى عليه هذا التنظير .

ثانياً : الخطوط العامة للنمو الإنسانى :

١ — لا شك أن المفهوم القديم للنمو الذى يقتصر على الطفولة والمراهقة أصبح قاصراً ولا يمكن أن يساير الوضع التطورى الذى أحاول تقديمه لمفهوم الوجود البشرى ومساره

ومضاعفاته التى من بعضها موضوع علمنا هذا (الأمراض النفسية) وإنما المفهوم الذى يتعلق بتفكيرى هو استمرار عملية النمو ـ ونقيضها ـ من الميلاد حتى الموت معاً ، وأى مفهوم يتصور توقف النمو دون إثارة نقيضه هو مفهوم غير حيوى وغير دينامى ، إذ أن المنطق والحقيقة التى تحاول إيضاحها هو أن المادة الحية فى حركة دائبة ، وأنها تحمل مقومات التطور والتدهور معاً ، وأن الموت إنما يخدم الحياة بشكل غير مباشر .. ولكنى أفضل بديلا عن هذه اللغة المخيفة (غريزة الموت) أن أتكلم عن الحركة الأمامية والحركة الخلفية ، أو عن حركة التطور Evolution وحركة التدهور Devolution

خلاصة القول فى هذا الصدد هو أن الحركة هى أصل الحياة وأن اتجاهها إلى النمو أو نقيضه هو حتم لا مفر منه طالما تنبض المادة الحية بما يبقى لها صفة الحياة .

٢ — أن كل ما يحدث أثناء مسيرة النمو (ونقيضه) من تفاصيل تبدو عليه . . هو فى الحقيقة أمر مشكوك فى قيمته السببية ، وبالتالى فإن التركيز على مناطق جسدية بذاتها تصف مراحل معينة (الفمية والشرجية والقضيبية ـ فرويد ـ ... الخ) أو أساليب تعامل بذاتها (الاحتواء والأخذ والطرد . . الخ — إريكسون —) هو تركيز يهدف إلى ربط سببى مبسط لكنه مقول بالتشكيك ، فأما أن الظواهر السالفة موجودة فى مراحل معينة من نمو الطفل فلا شك فى ذلك ، وأما أنها ترتبط أحياناً ببعض مظاهر السلوك فى الطفولة والنضج فهذا أيضاً ثابت .. ولكن لا هذا ولا ذاك يبرر ارتباطها ببعضها كسبب ونتيجة . . فى الصحة أو فى المرض

وعندى أن مسيرة النمو حتمية وتعتمد أساساً على نبض منتظم طوال تاريخ الوجود الفردى ، وهذا النبض متفاوت مثل نبضات القلب (ونبضات الكون على حد سواء) وهذا المفهوم الذى سيفصّل فيما بعد لا يلغى أثر البيئة ولكنه

يحد منه ، ولا يعلى أهمية الوراثة ولكنه يؤكد أهميتها ويربطها بطريق غير مباشر بالبيئة البيولوجية التى صنعت الوراثة . . فكأنى أقول بهذا أن فكرى هذا يضعنى أقرب ما أكون إلى المتحمسين لأهمية الوراثة وتأثيرها واحترامه إلى أقصى مدى بالنسبة للفرد وأقرب ما أكون إلى المتحمسين لأهمية البيئة وتأثيرها بالنسبة لمسيرة النوع عبر الأجيال .

إذاً فالنمو هو إطلاق قدرات كامنة (موروثة) تحورت بقدريات ومحتويات بيئية فى تناوب اندفاعى تمددى دائم .

٣ — يمر الطفل جنيناً بكل مراحل الحياة حسب نظرية الاستعادة « الانتوجينيا تكرر الفيلولوجينا »* أى أن نمو الفرد يكرر نمو نوعه منذ بداية الحياة . . فى تلخيص بيولوجى شديد .

* انشغل بهذا الموضوع علماء التطور ومن أهمهم فون باير von Baer (١٧٩٢ — ١٨٦٢) ومن بعده لرنست هيكل Ernest Haeckel =

٤ — ما دام الأمر كذلك فلا يوجد ما يبرر الا تكون هناك نظرية للاستعادة بالنسبة للسلوك رغم قصور المعلومات المقارنة التي يمكن أن تثبتها . . فهى تثبت أساساً بالقياس وهو أحد سبل تقييم فروض العلم إذا ما ارتقينا إلى تعريف تطورى « للعلم » ولم تقتصر على المفهوم الضيق للتجريب والإعادة . . .

وهكذا نضع الفرض القائل « إنه بالنسبة لنمو السلوك فإن الانتوجينيا تكرر الفسلوجينيا بطريقة محورة تتعلق بالتحويرات التي حدثت في الإنسان إذ أصبح حيوانا يستعمل

=(١٨٣٤ — ١٩١٩) وأسم هذه النظرية المساة أحيانا بالقانون الحيوى Biogenic law ، وفي المرحلة الجنينية تحاول هذه النظرية أن تقابل بين البويضة بعد الإخصاب وبين الأحياء أحادية الخلية ، ثم حين تنقسم إلى عدد من الخلايا في طور الجاسترولا Gastrula تقابل حيوان الجوفمعوى Coelentrata ثم تظهر بعد ذلك على الجنين صفات الأسماك وما يشبه الخياشيم ، ثم تتكون صفات الأحياء خماسية الأصابع Pentodactyl ثم الثدييات Mamals ثم صفات الرئيسيات Primates ومنها الإنسان .

الرمز والمنطق ويشترط التواصل مع بنى جنسه من – خلالها أساسا – كضرورة لاستمرار نوعه ، ثم هو يعى ذلك بدرجات متفاوته »

٥ — هذا التكرار ليس قاصراً على الطفل فى سنيه الأولى وإنما هو يصف كل نبضة نمو (أو أزمة نمو) . أى أن الانتوجينيا تعيد الفيلوجينيا عدة مرات أثناء حياة الفرد مع كل نبضة نمو ، وهذا ما أسميته قبلًا الماكروجينيا Macrogeny . . حتى ليمكن اعتبار كل نبضة نمو إعادة ولادة سعياً إلى إضافة وُلافيه كما سيرد بعد ، وقد ذهب آخرون إلى أن هذه الإعادة قد تحدث فى جزء من ثانية وأسماها (أريتى) الميكروجينيا Microgenia (وإن كنت ما زلت متردداً فى الأخذ بهذه المقولة لعجزى عن تصورها تفصيلًا)

٦ — أن مراحل النمو السلوكى المحـددة فى النظريات الجارية يمكن إرجاعها إلى أصلها التطورى كوُلاف متصاعد

من تناقضات مراحل الوجود المنفرد ـ ضد : مع الوجود المتعدد (المتداخل المركب) وأعنى بالوجود المنفرد المرحلة التى يكون الكائن الحى فيها موجود بذاته مستمر لذاته مثل الأحياء وحيدة الخلية التى تتكاثر بالانقسام الميتوزى Mitotic مثل الأميبا أما النوع الثانى « الوجود المتعدد » فيلزمه لاستمرار « نوعه » أو تحقيق نوعيته وجود « آخر » ، ويمكن إرجاع هذه الضرورة إلى بعض الأحياء أحادية الخلية أيضاً مثل البراميسيوم .

أما الوجود الأول فله ما يقابله فى السلوك ويتمثل فى المرحلة الشيزويدية التى تمتد إلى المرحلة الجنينية والأيام الأولى بعد الولادة (وربما الأسابيع الأولى)

أما الوجود الثانى فهو يمثل المرحلة التالية بتركيباتها وتضعيفاتها المعقدة المتصاعدة إلى المشاكل الوجودية التى يعيشها الإنسان المعاصر . ويبدأ مقابلها السلوكى من أول الطور البارنوى حيث العلاقة بالآخر هى علاقة « الكر والفر » وينتهى

إلى علاقة التكامل المؤملة مستقبلا (ورغم تشابه الأخيرة ظاهراً بالنوع الأول إلا أنها نقيضها تماماً) .

٧ — أنه من خلال تفاعل هذين النوعين المتناقضين من الوجود تتصاعد مستويات النمو فى ترتيب هيراركى منتظم . : وكلما نجح ولاف (ديالكتيكى) أن يستقر بعض الوقت على مستوى أعلى كلما أصبح قادراً على أن يمثل مستوى فى المخ قائماً بذاته ، مستقلاً مرحلياً ، له مقابله من « ذات فاعلة » يمكن أن تظهر فى السلوك بصفاتها الخاصة .

٨ — وعلى ذلك فإن المخ البشرى يتركب من مستويات متصاعدة هى المقابل لولافات متصاعدة . . ناتجة بدورها عن تناقضات مرحلية تم الائتلاف بينها جزئياً على الأقل .

٩ — أن هذه المستويات المتصاعدة لا يمكن تحديد موقعها Locality تشريحياً ولكن يمكن فهمها بأسلوب « المدى والنسق » فكل مستوى أعلى له مدى أكبر ونسق أشمل وهو يشتمل على المستوى الأدنى .

١٠ — أن المستوى الأعلى لا يشتمل على المستوى الأدنى تماماً ونهائياً ولكنه يشتمل عليه مرحلياً وجزئياً ... وتتوقف هذه الدرجة على طبيعة الائتلاف بينهما . . (ائتلاف ديالكتيكى « أى : ولاف » أو ديناميكى أو تناوبى ... الخ) .

١١ — أن هذه المستويات تمثل ذوات متعددة (أشخاص) لها القدرة الكاملة على التعبير سلوكياً ، ولها خصائصها المميزة وهى تظهر بشكل غير مباشر فى الأحوال العادية ، ومباشر فى أحوال النوم والمرض وأحياناً الإبداع .

١٢ — أن لكل مستوى ارتباطات فيزيوكيميائية خاصة ومميزة ، كما أنه إذا دخل كجزء من ارتباط أكبر تعدلت هذه الارتباطات من واقع هذا الشمول والتداخل .

١٣ — أن المستوى الأعلى فى حالة سيطرة غالبة وبالتالى فإن ما بقى مستقلا من المستوى الأدنى يظل فى حالة كمون وتبعية فى الأحوال العــادية (هوجلج جاكسون — هنرى إى . . . الخ)

١٤ — على مر ملايين السنين استقرت هذه التركيبات الجاهزة بمواصفاتها الكيميائية واتصالاتها المميزة وتعبيراتها السلوكية فى المخ البشرى ولكنها لم تصبح ثابتة إلا بمقدار مرحلة التطور الحالية ، فهى — تبعاً لقانون التطور — قابلة لائتلافات جديدة بحسب متطلبات التطور ، ومن ثم فهى قابلة لتركيبات ونمو جديد من حيث المبدأ .

١٥ — يولد الإنسان — على ذلك — ومراحل سلوكه المتتـــالية جاهزة تركيبياً لاينقصها إلا مثير بيئى ، ولكن هذا المثير لا يطلق السلوك فحسب بل يحوره ويحدد معالمه التفصيلية ويعطيه لغته .

١٦ — أن كل تركيب أو مستوى يمكن أن يطلق عليه فسيولوجيا وكيميائيا اسم «مخ» ، وأن نطلق عليه سلوكياً اسم «ذات» ، وبالتالى يصبح المخ مكوناً من عدة وحدات تركيبية متكاملة ، لا عدة أجزاء متداخلة .

٢٧ — إن أى مخ أعلى هو النتاج الديالكتيكى للمخين الأدنى السابقين مباشرة . . فمثلا المخ البدائى الذاتى (المقابل للمستوى الشيزويدى) Solitary فى تناقضه وتفاعله مع المخ المتوجس العدوانى Aggressive (المقابل للمستوى البارانويدى) إذا ما تآلفا جزئياً نشأ عنهما المستوى الأعلى وهو المخ التناقضى Ambivalent ...

١٨ — إن القبول بهذا الفرض يفسر عمل العقاقير المضادة للأمراض النفسية ، بل وعمل الجلسات الكهربائية فى ارتباطهما بالعلاجات النفسية والسلوكية الأخرى (مما لا مجال لذكره هنا تفصيلا) .

١٩ — إن المراحل السلوكية الجارى وصفها بألفاظ أخرى يمكن إيجاد مقابلاتها العضوية (الكلية) بسهولة ، فمثلا يمكن أن يكون الموقف الشيزويدى عند ميلانى كلاين وجانترب ، وكذلك المرحلة الفمية عند فرويد هما المقابلان لنشاط المخ

الذاتى المتفرد، وتنتفى العلاقة السببية المزعومة بين هذا السلوك المحدود أو هذه المنطقة الخاصة وبين المضاعفات المرضية مستقبلا ويصبح الجميع « مصاحبات » (فى الأحوال العادية) أو « مضاعفات » (فى الأحوال المرضية) لنشاط مستوى معين من مستويات المخ على حساب أو ضد أو مع مستوى آخر أو أكثر حسب الحال .

٢٠ — إن الإنسان يعرف نموه بتناوب منتظم ، وهذا التناوب من طبيعة الحياة ذاتها (مثل تناوب الفصول والمد والجزر ودوران الأفلاك ... الخ) ومن طبيعة المادة الحية ، ومن طبيعة الظواهر الحياتية (التناوب بين النوم واليقظة ، وكذلك بين النوم العادى والنوم النقيضى) ويظهر جليا فى دقات القلب المنتظمة التلقائية .

٢١ — وبتحديد أدق أقول « إن المخ « عضو نبضى » « Pulsating organ » وتناوله بهذا المنطق يفسر النوم واليقظة

والأحلام بنوعيها ، وهو يسهل فهم مسيرة النمو ، ومعالم مراحل التطور ، وكذلك فهم بعض المضاعفات التى تظهر على شكل أمراض نفسية مع اختلاف هائل فى الزمن الذى تستغرقه النبضة وكذلك فى أن نتاج نبضات القلب هو نتاج ميكانيكى أساساً ، أما نتاج نبضات المخ فهو نتاج ديالكتيكى نمواً أو تشويهى تدهوراً .

٢٢— أن طور اندفاع (*) المخ « Cephalic Systole » يقابل ما أسماه إريكسون أزمة ، وهذا الطور يتصف بالتالى:

(أ) عملية « بسط » Unfolding تعيد وتلخص أطوار الحياة للنوع (فيلوجينى) Phylogeny للفرد (أنطوجينى)

(*) فضلت استعمال كلمة « اندفاع » بدلا من كلمة انقباض ترجمة لكلمة Sytsole حتى أفيد المعنى الذى عنيته فى المخ من أن المهم فى هذا الطور هو إطلاق المخزون الكامن اندفاعا ، وليس انقباض المحتوى مثل الحال فى القلب رغم أن النتيجة فى الحالتين هى الاندفاع (القدرات الكامنة فى حالة المخ والدم فى حالة القلب) .

(ب) إطلاق قدرات المخ الكامنة والتي كانت تحت السيطرة المباشرة لأحدث المستويات (وبالتالي فهو للقابل لدفع الدم في الشرايين من القلب)

(ج) محاولة تأليف بين هذه المستويات المتناقضة أصلا .. النشطة معاً، أثناء النبضة المخية.

وتنتهي هذه المرحلة إما بزيادة في عدد النيورونات النشطة معاً (أي ولاف أعلى) وهذا نتاج طبيعي في فترات النمو وقد تنتهي أيضاً بنقص في عدد النيورونات النشطة معاً (أي تكيف على مستوى أدنى) وهذا نتاج طبيعي أيضاً في مرحلة « الضمور ».

وتتوقف هذه النتيجة على عوامل كثيرة سنذكر بعضها حالا . . .

٢٣ — أن طور التمدد(*) المخي Cephalic Diastole هو الطور الذى يكتسب فيه الإنسان معلومات من البيئة ويملؤ مخزون ذاكرته برموز مكتسبة وقواعد أساسية ، ويعرن فيه القدرات التى انطلقت فى أثناء اندفاعة المخ ، استعدادا للاندفاعة القادمة ، وبالتالى فهو المقابل - تجاوزا - لطور ملء القلب بالدم أثناء استرخاء العضلات (طور الملء السريع وطور الملء البطىء Rapid and Reduced filning Phases)

٢٤ — أن تبادل الاندفاع والتمدد لازمين لاستمرار الحياة كما هو ظاهر فى تبادل النوم واليقظة ، وتبادل أنواع النوم ، وهو لازم حتما لاستمرار النموفى كفاءة ، وأن نتاج كل طور يحدد نجاح أو فشـــل الطور التالى . . مع اختلاف

(*) فضلت استعمال كلمة « تمدد » بدلا من « انبساط » ترجمة لكلمة Diastole حتى لا تختلط الأخيرة مع استعمال كلمة « بسط » بمعنى Unfolding الذى يحدث مع اندفاعة المخ .

النبض التمهيدى اليومى (مثل النوم واليقظة) عن النبض الولافى النموى فيما بعد ..

٢٥ — أن الاندفاع له فترات محددة بطبيعة النمو ولكن يثيره أزمات بيئية لها طابع جارف خاص ، ومثال ذلك اندفاعات : الولادة، والفطام، وأول مواجهة بالمجتمع الأوسع، (المدرسة مثلا) ، ثم اندفاعة هائلة أثناء المراهقة ، واندفاعة الارتباط الحميم (الزواج عادة) ثم اندفاعة النجاح (وسط العمر) ثم الوحدة المؤخرة ... وهكذا مما سيفصل فى العمل الأكبر فى حينه فى مجال آخر . .

أما أطوار التمدد التحصيلى فهى التى تتبادل مع هذه النبضات مثل مرحلة الرضاعة المستقرة ثم مرحلة تعلم الكلام ثم مرحلة الدراسة الأولى (٦—١٢) ثم مرحلة الاستقرار الدراسى ، والاستقرار المهنى ، والاستقرار الأسرى . . . وهكذا . .

والمخ قادر على الحركة المنتظمة فى التمدد Diastole (الاستيعابى) والاندفاع Systole (الولافى) معاً دون مضاعفات عادة .

والقاعدة السليمة هى أنه كلما كانت مرحلة التمدد التحصيلى كاملة وثرية ، كلما كانت الاندفاعة التالية قوية وآمنة ومثرية (وهذه القاعدة تقابل قانون ستارلنج بالنسبة لامتلاء بطين القلب حيث تتناسب قوة النبضة مع درجة امتلاء بطين القلب ، فى حدود معينة)

والأمان الثانى هو المجال الذى تحدث فيه نبضة النمـــو (ولا أستطيع هنا أن أفصل هذا الأمر حالياً فما هى إلا مجرد عناصر . .)

٢٦ — إن عمليات الإبداع الفنى هى نبضة إيجابية ولافية مركزة

٢٧ — في فترات الاستيعاب التمددى يتميز المخ إلى مستويات يحكمها المستوى الأعلى عادة وكأنه نقطة انبعاث مرحلية Pacemaker كما يتمـــيز إلى حجرات وظيفية Compartments تتبادل فى العمل وتتعاون بطريق غير مباشر.

٢٨ — فى أثناء النبض المخى يعمل أكثر من مستوى كما ذكرنا ولكن المستويات ، والحجرات ، قد تنجح ، بقدر نجاح النبضة ككل ، أى نجاح الاستعداد السابق لها فى التهيئة للولاف الأعلى كما ذكرنا . ثم نجاح الولاف ذاته حسب المرحلة

٢٩ — إذا استمر الولاف الأعلى فى التحقق والتزايد فى كل نبضة . . . استمر المخ فى التصاعد فى مسيرة النمـــو الديالتيكى ، واستمر السلوك فى الاقتراب نحو الموضوعية حتى إذا عملت كل خلايا المخ معاً فى تناسق ولاف دائم

وصل المخ البشرى إلى قمة نضجه الذى يقابل التكامل (بلغة الإنسانيين فى علم النفس) أو الذى يقابل أعلى درجات الوعى الموضوعى عند هيجل ، ولكن هذه المرحلة مرحلة نظرية لا يمكن تصور الوصول إليها إلا فى خبرات إبداعية موقوتة ، أو ما أسماه ماسلو أحيانا «خبرات القمة» ، فإذا قدر للإنسان — نظريا — أن يصل إليها دواما فقد نجح فى أن يطلق كل قدرات تركيب مخه الحالى ، وعليه أن ينتظر تطوراً فى تركيبه تفرضه عليه متغيرات البيئة المحيطة التى هى بدورها نتاج هذا العمل النائق لهذا المخ الهائل بكفاءاته المتعددة مما لا أستطيع مجرد تصوره حتى بخيالى ، وإنما أذكر هذه المقولة استطراداً مع إيمانى التطورى الحتمى الذى أشرت إليه سابقا . .

٣٠ — إن مسيرة النمو بصفة عامة تتبع نسقا متتاليا يتحقق باستمرار من واقع نبضات المخ ، وهذا النسق يبدأ بالوجود الجزئى اللاترابطى عند الولادة وهو يقابل وظيفيا مرحلة

اللاتميز ، ثم ينتقل إلى مرحلة التجمع الارتباطى ومنه إلى التميز الوظيفى ثم أخيراً إلى العودة إلى الوُلاف الأعلى حيث تقل الفروق حتى تنمحى بين الوظائف وبعضها .

(راجع أيضا ص ٢٠٨)

ثالثا : السلوك المرضى والنمو :

أرى أنى ما زلت ملتزما بوضع الخطوط العريضة التى توضح أبعاد فكرى دون تفصيل ، وأعتذر — بلا فائدة — عما أشعر به تجاه حيرة القارئ معى وأنا أقفز به من رأس موضوع إلى مشروع فكرة ولكن هذه هى طبيعة هذ الكتيب « المقدمة » « الفهرس » .

وأرى أنه بدون أن نشير إلى الأمراض النفسية وموقعها من هذا التنظير ، فقد يجد القارئ صعوبة فى تقبل كل هذه الفروض التى قد تبدو بلا فائدة عملية . . وعلى هذا فإنى أطرح رؤيتى بالنسبة للأمراض النفسية على الوجه التالى :

(ملحوظة ابتدائية: قد يكون المرض النفسى نتيجة مباشرة لتلف أو خلل فى تركيب خلايا المخ مما ينتج عنه اضطراب فى وظيفتها وبالتالى نقص واختلال فيما يرتبط بها من سلوك ظاهرى ، وهذا النوع فى إجماله يسرى عليه قوانين الأمراض العصبية العضوية فى أغلب الأحوال ، الأمر الذى يجعلنا ندعه جانبــاً فى هذا التقويم الموجز ، وبالتالى فإن كل ماسيرد ذكره فيما بعد إنما يختص بما « هو غيرذلك » من أمراض ، كذلك فإنه يستبعد « نقص العقل » كمجموعة ، وهكذا أنطلق لأقول :

١ — المرض النفسى مظهر لمضاعفات النمو (التطور) ، وهو أساساً نتيجة لاختلال فى التوازن لعدم تناسق مستويات المخ أو حجراته بالنسبة لمرحلة دورته (الاندفاعة أو التمدد)

٢ — « المرض النفسى حدث بيولوجى منذر ، يشترك فيه الاستعداد الوراثى مع ضغوط البيئة (المجتمع) ويظهر كأعراض سلوكية نتيجة لاختلال توازن المخ ، ويصاحبه أو يسببه أو ينتج عنه تغيرات كيميائية مختلفة » .

٣ — المرض النفسي معنى وهدفاً ، إذ هو لغة محورة — وإن تكن عاجزة — تريد أن تعلن عن حاجة الإنسان لإطلاق مزيد من مكمون قدراته في عملية بسط جديدة .. ولكن هذه الحاجة معوقة أو مشوهة ، أو مهددة ، وبالتالي فإن المغامرة بمحاولة تحقيقها ، ينتج عنه آلام معجزة أو غير محتملة كما قد يؤدي إلى تفكك هروبي وفي النهاية إلى تدهور انسحابي .

٤ — يمكن أن يقسم المرض النفسي حسب التنظير السابق للنمو إلى المجموعات التالية :

١ — أمراض هي مظهر فشل طور اندفاعة المخ Cephalic Systole واختلالها ،وتشمل أغلب أنواع الأمراض الذهانية الحادة والنشطة والدورية (وأحياناً بعض أنواع الصراع) .

٢ — أمراض هي مظهر فشل طور تمدد المخ Cephalic diastole وتشمل العصاب واضطرابات الشخصية

وبعض أنواع حالات البارانويا المزمنة – وأغلبها يشمل إطالة الطور التمددى حتى التليف خوفاً من نبضة تالية غير محسوبة . .

٣ – أمراض هى إعلان تفكك مستويات المخ وبالتالى الكف عن الاندفاع الدورى والنمو وهى أمراض التدهور الفصامى (ويمكن أن يدرج هنا بعض الأمراض الناتجة عن التلف العضوى) .

وهذا الفشل والتدهور إنما هما نتاج مباشر لتنسيق غير ملائم بين مستويات المخ نتيجة لوراثة (سلوك سابق) خلل فى طبيعة علاقاتها ببعضها، وبالتالى فى توزيع الطاقة وتوجيهها فيما بينها وكذلك هو نتاج للعمل المتناوب للمخ فى ظروف بيئية غير ملائمة ، وأخيراً فهو نتاج لعجز الدور التمدى عن ملء المخ بما يفيده للنبضة التالية وعجز الدور الاندفاعى فى التوفيق بين المستويات وإطلاق القدرات فى تناسق تعاونى أو ولاف ديالكتيكى .

ثانيـــاً : الأداة البشرية والممارسة الإكلينيكية :

أشرت فى الجزء الأول إلى أنه لا مفر من أن تربط نتائج البحوث عندنا بالباحث نفسه : طبيعة تطوره وأنواع دفاعاته ومدى موضوعيته ، وحين أضفت هذا الجزء الثانى وجدت أنه من المستحسن أن أنقل هنا بعض الملاحظات والصفات التى أوردتها بهذا الشأن فى التقديم الذى كتبته لأول كتاب فى هذه المكتبة العلمية عن الدراسة المقارنة لمرض الفصام للدكتور رفعت محفوظ ، وذلك حتى أؤكد أن تحيزى للأسلوب الإكلينيكى فى البحث العلمى فى مجالنا هذا لا يعنى إطلاق العنان للآراء الشخصية دون ضابط أو التزام .

وقد كتبت تحت عنوان : أداة البحث « الخبرة الإكلينيكية ومواصفات الطبيب » :

إن أعظم ما ينبغى أن نؤكده هو دور الطبيب النفسى

كأداة بحث قائمة بذاتها ، حيث أنه باعتماده على خبرته الإكلينيكية كمصدر أساسى لحقائق هذا البحث اعتبره ضمناً « الأداة الموضوعية » الأولى فى تشخيص مرض ما .

وابتداء من هذه النقطة ، فإنا لا بد أن ندرك ضرورة شحذ هذه الأداة وإعدادها ، فالطبيب بهذا الوضع له أبلغ الأثر فى الحكم على الظواهر وتقويمها وبالتالى فإن الاهتمام بشخصيته ومستوى تطوره ومدى حساسيته وأرضيته الثقافية له أبلغ الأثر فى البحث العلمى فى هذا المجال وفى خطوات تطور هذا العلم وثرائه . . . ، ومن هذا المنطق لا بد أن نعيد النظر فى مدى الاهتمام الجاد بطريقة تدريب الطبيب النفسى وفى دراسة ظروف حياته ومساره ومدى تطوره الإنسانى ومدى تناسب درجة وعيه مع قدراته وواقعه ومدى قدراته على مواجهة داخله . . . حتى يقترب رويداً رويداً من درجة من الموضوعية تسمح له بأن يحتل هذا المركز المميز « كأداة قياس تصلح لأن يعتمد عليها بثقة كافية » .

على أن تأكيد أهمية الطبيب كأداة موضوعية القياس هو تأكيد ضمنى لأهمية الخبرة الأكلينيكية باعتبار أن الاستجابات لهذا البحث (دراسة مقارنة لمرض الفصام) كانت من واقع مصدرين يكمل بعضهما بعضاً ويؤثر بعضها فى بعض .

المصدر الأول : صفات الطبيب الشخصية والعوامل الذاتية التى تتحكم فى حكمه على الأمور ، والمصدر الثانى: خبرته الاكلينيكية ، مداها وعمقها .

ولا بد من الإشارة هنا إلى الطبيعة العلمية لنمو هذه الخبرة الاكلينيكية التى تتصف بها الممارسة الطبية العامة والطب النفسى بوجه خاص .

فالمقابلة الاكلينيكية هى فى حقيقتها سلسلة متصلة من الفروض الأولية يجرى تحقيقها أو تعديلها ثم يليها الفروض البديلة ثم الفروض التالية ثم الفروض الأعلى ... وهكذا ، ويتم هذا التسلسل فى صورة تلقائية محسوبة فى العقل البشرى بطريقة علمية أصيلة إذا ما كان التفكير سليما ، وكانت خطوات المنطق

العام هي السائدة ، حيث التفكير المنطقي الناضج هو ذاته تفكير فرضي مسلسل : أسماه « بياجيه » التفكير الفرضي الاستنتاجي Hypothetico - deductive thinking ووصف به المرحلة الرابعة من التفكير واعتبره هو التفكير السليم منذ سن الثانية عشر وما بعدها .

إذا فالتفكير السليم فى ذاته هو تسلسل على حقيقى ، وكل ما يمكن تقديمه لجعل التفكير « أكثر سلامة » هو إضافة حقيقية لهذه الأدوات الموضوعية (أى الطبيب هنا) اللازمة للبحث العلمى الإنسانى، ولنحاول أن نتدرج مع تسلسل مثل هذا التفكير لمقابلته بخطوات البحث العلمى المعروفة :

تبدأ المقابلة الاكلينيكية «بانطباع ما » هو هو الفرض الأول ، وهذا الانطباع المبدئى الذي يفرض نفسه على الطبيب من « أول نظرة » هو الذى يتطور مع المقابلة حيث يثبت أو ينفى ويستبدل وهكذا ، وهذا الانطباع قائم سواء وعى به الطبيب أم تسلسل فى قاع وعيه ، وعلى هذا الانطباع العام

وتطوره ينبنى الحكم على كثير من الأعراض فى الأمراض النفسية عامة والفصام خاصة ، ولعل المناقشة التى وردت فى هذا البحث بشأن التهبلد العاطفى Apathy وانعدام التواصل Lack of rapqort وكذلك البرود Coldness إنما يتعلق بجانب من هذا الانطباع العام وما يتطور إليه هذا الفرض الأول وما يطرأ على موقف الباحث تأكيداً ونفياً بعداً واقتراباً، وبمراجعة مناقشة الباحث لهذه الأعراض فى اختلاف ترتيبها فى كل تسلسل ثم اختلافها عن بعضها إنما يتأكد لنا أهمية العامل الشخصى (الشعورى واللاشعورى) فى تحديد هذا الفرض الأول .

ولا بد من الإشارة إلى الطابع العاطفى الذى يصبغ هذا الفرض الأول (أو الانطباع العام)، الذى تحدده ضمنا العوامل الشخصية والميكانزمات الدفاعية للفاحص ، ومهما قال الفاحص عن نفسه من إمكانية حياده، ومهما نادى بضرورة هذا الحياد فإنه كأداة إنسانية لا بد أن يعترف بدرجة ما من الذاتية فى

أول الأمر وأن يسعى جاهداً للتقليل منها بالوعى المتزايد ، من خلال النمو الذاتى ، وبالخبرة المتزايدة من خلال مرور الزمن وطول الممارسة وتحقيق هذه الفروض البدائية أولا بأول والاستفادة من الصواب والخطأ فى كل آن ، وكل من مارس الطب النفسى (أو الطب عامة) يعترف أنه إنما يتكون حدسه الإكلينيكى بالفشل أكثر مما يتكون بالنجاح ، لأن الفشل يعيد تنظيم عقله ويقترب به من موضوعية أكبر ؛ أما النجاح فقد يساهم أو لا يساهم فى ذلك حسب الظروف التى يتم فيها ... إذاً فالشعور باستلطاف هذا المريض أو رفض ذاك المريض هو من صميم الخبرة الإكلينيكية فى مجالنا هذا ، شريطة أن تكون نقطة بداية ، ومعد هذا البحث الذى بين يدينا قد أوفى هذه النقطة حقها ... وذكر أسباب الاختلاف من وجهة نظره ولم يحاول أن يتعمق فى درجة نضج الفاحص أو موضوعيته لأنه إنما كان يقيم نتائج مجموعة بأكملها أكثر مما يتناول حالة خاصة ، إذاً لا محل فى الممارسة الإكلينيكية — ومن ثم فى البحث العلمى المتصل بها — من اعتبارات شبه أخلاقية أو شبه إنسانية

حين نتصور أن الرفض أو الكره هو خطأ من جانب الطبيب وتقصير ، بل بالعكس إن الاعتراف المادى بهذه المشاعر الخاصة ينتهى لصالح المريض تشخيصاً وعلاجاً ، لأن للرفض معنى كما للقبول معنى، وكلاهما يفيد فى الوصول إلى فهم أعمق ومن ثم إمكان مساعدة أصدق ، أما إنكار هذا الانطباع المبدئى ومحاولة التبرؤ منه فهو معوق لنمو الممارس ذاته ، وبالتالى معطل لتحسينه كأداة موضوعية للبحث العلمى . . . وكأداة علاج :

ولعل شعور الممارس الاكلينيكى — فى فرعنا هذا — إذا تتبع نفسه وتطور هذا الشعور المبتدئى خلال عشرات السنين من الممارسة لوجد أن مشاعره من حيث التقبل والنفور تختلف من مرحلة إلى مرحلة حسب درجة تطوره وتنير فهمه، واتساع صدره، وإيجابية مشاركته ..، وإذا حاولت أن أنقل خبرتى الشخصية التى هى ليست قاعدة بحال من الأحوال

لا بد أن أعترف أنى كنت فى بداية حياتى أستلطف الموسى الخفيف » و « العصابى المتحدث » حيث كانت خفة ظل الأول تملؤنى مرحاً « معه » وانطلاق الثانى فى حكاياته وسرد مواقف طفولته ترضى حب استطلاعى ، ومعلوماتى التحليلية (المختلطة مباشرة بالشائع عند العامة ، وفى السينما الخ) ، ثم تطور قبولى إلى المريض المكتئب من نوع اكتئاب المواجهة الذى أحميته Confrontation depression وازداد نفورى من المكتئب الطفيلى Parasytic depressive ، وكان موقفى من الفصام لا ترابط ولا علاقة مثلما هو مكتوب فى الكتب حتى أنى — مثل غيرى — كنت أشخص هذا المرض بهذا العجز عن التواصل Lack of Rappont . . . ولكن بعد تطورى وفهمى لحقيقة المشكلة الوجودية البيولوجية من ورائه وفهمى للغة الأعراض أقول بعد هذا كله أصبح تقبلى للمريض الفصامى تقبل الصديق العنيد ، وأصبح التواصل معه قريباً إلى كيانى .. بل ومثرياً لوحدتى مباشرة ، ثم راجعت

نفسى فإذا بى لم أعـد أطيق الموسى خفيف الظل ، وأخذت أحس بقسوة مرحه ووحدته الساحقة لمشاعر غيره ، ولـكنى إذاما تعمقت معه ووصلت إلى ما يخفى وراء هذا المرح الداخلى من آلام قاسية وا كتئاب مرّ .. تحملته واقتربت منه ثانيه ..

وفى المراحل المتأخرة من تطورى الا كلينيـكى أصبحت أقبل على المريض ذى الشخصية المضطربة حتى من النوع المضاد للمجتمع أو اللزج . . وكذلك الفصامى المتدهور . . وحين أقول « أقبل » لا أعنى شفقة وإنما تقبلا وصبراً ومشاركة وحين كنت أقيّم طلبتى كنت أتتبع مواقفهم واستقبالهم ومن خلال ذلك أستطيع أن أحدد درجة تطور كل منهم بشـكل مبدئى عام . . .

إذاً . . فهذا الانطباع الأول يختلف باختلاف درجة تطور الطبيب ، وكذلك يختلف باختلاف الحالة الوقتية لـكلٍّ منهما .

أما ما يحدث بعد هذا الإنطباع أو لأول الخلتط بجوانب عاطفية فإنه هو ذاته ما يحدث بالنسبة لأى فرض على مبدئى :

يوضع الفرض المبدئى مكان التحقق ، وتستمر المقابلة بالحصول على مزيد من المعلومات ، ومتابعة مزيد من الملاحظات والقيام بعديد من الفحوص ، وفى كل خطوة من هذه الخطوات يتأكد هذا الفرض التالى تلقائياً ، أو يرفض فسيتبدل تلقائيـاً لتتدرج الخطوات حتى نصل إلى الاستنتاج الأول ، ثم يكون مرور كل يوم بعد ذلك ، وإضافة كل معلومة هو السبيل لتحقيق هذا الاستنتاج أو إعادة النظر فيه .

وحتى يكون البحث العلمى مضبوطا ناجحا ومفيداً ، فإنه لابد أن يبدأ بفروض مرنة . . . تظهر فعلا كفروض قابلة للتحقيق والتغيير معاً لتصبح بالتالى قابلة للرفض أو التعديل ، ولا يمكن أن يتم ذلك إلا بوجود بدائل واضحة منذ البداية أو بدائل جاهزة للخروج فور ضعف الاحتمال الأول ، وعلى

قدر علم الفاحص وإدراكه للبدائل المحتملة ، وعلى قدر قدرته على المراجعة والتغير ، يكون تقييم نموه كأداة بشرية سليمة فى الاتجاه السليم . . .

وعادة ما تكون هذه البدائل فى « أرضية » فكره (أو على هامش وعيه) تاركة البؤرة أو شكل الجشتالت للفرض الأول حتى لا يعاق تسلسل التفكير العلمى ، وحين يضعف « الشكل » بحقائق جديدة ... حتى يصل من ضعفه إلى حدة أقل من « الأرضية » يتبادل معها ، فتقترب البدائل من بؤرة الوعى ويتنحى الفرض الأول إلى هامشه وهكذا ....

ويسير الفحص الإكلينيكى منذ بداية الانطباع الأول لترجيح الشكل (الفرض المبدئى) على الأرضية (الفروض البديلة) لكنه لا يصر على ذلك ولا يفتعل له المواقف ، وهنا يلتزم الفحص بأسلوب معين يسبر به جوانب الموقف جميعه ، فهو يضع لكل سؤال يسأله عدة أجوبة محتملة (يعى ذلك أو

لا يعيه : لا يهم ... فهذه عملية تلقائية متصلة) وعلى حسب كل إجابة يتحدد موقف الفرض الأول وما يليه من فروض حسب مرحلة الفحص ... وهكذا ، وكلما زادت الخبرة كلما زاد وعى الفاحص بما يفعل ، وأدرك أن أسئلته وملاحظاته إنما تنبنى دائماً على مخزون ذاكرته ، وطبيعة موقفه من نفسه ومن المريض ، وهكذا يقترب رويداً رويداً من الاعتراف بأنه يتوقع دائماً أجوبة بذاتها ، فى نفس الوقت الذى يتدرب على قبول إجابات مخالفة أو إجابات لم يتوقعها أصلا تعديل مسار فكره (أى ترتيب خطوات بحثه العلمى) وبهذه الطريقة تصبح كل حالة فى ذاتها بحثاً قائماً بذاته تزيد من قدرة هذه الأداة البشرية وتحسن من مستوى أدائها وتؤكد هذا البحث فيما بعد خطوات التتبع والعلاج ودراسة النتائج المترتبة على الاستنتاج الأولى من الفحص المبدئى ...

فكم بحثاً علمياً يقوم به الطبيب الممارس يومياً ؟

وما أثر هذه الأبحاث العلمية على تكوينه الشخصى ، وعلى تحسين أدائه وترجيح موضوعيته ؟

وهل يمكن أن توجد وسيلة — أو وسائل — لمساعدة الممارس الإكلينيكى فى أن تكون نتائج أبحاثه اليومية وسيلة فى تغيير نوع وجوده هو ذاته بحيث تصبح خبرته جزءاً من كيانه وباباً لتوسيع دائرة وعيه وبالتالى لتطور ذاته وعلمه معاً؟

وما دام هذا البحث الذى بين أيدينا — وأمثاله — قد أعطى الممارس ذا الخبرة التى حددها بفترة معينة ودرجات علمية خاصة ، قد أعطاه هذه القيمة المطلقة فى ذاتها .. وأثبت أنه مصدر أساسى فى الحكم على الظواهر فهل ينبهنا هذا إلى مزيد من العناية المدروسة بهذه الأداة البشرية التى لا غنى عنها فى مجالنا هذا ؟

وكان درجة الخبرة التى اشترطها الباحث هنا ، هى فى حقيقتها إعلان عن طريقته فى انتقاء الأداة البشرية ذات الكفاءة الخاصة (تحددها هنا حتما عدد الأبحاث الإكلينيكية التى قام بها أعنى عدد الحالات التى فحصها بجد ومسئولية ، والتى نمى حدسه الإكلينيكى من خلالها) وكان الباحث فى بحثه هذا قد اعتمد حتما — ولو بطريق غير مباشر — على آلاف الأبحاث اليومية التى ترسبت فى أعماق أداته البشرية يوماً بعد يوم خلال المدة التى اشترطها لخبرة هذه الأداة، غير أن الباحث فى نفس الوقت قد عرض أسئلة تتعلق بظواهر طرفية (الأعراض) دون الغوص إلى مركز الاضطراب ، إلا أنه قد اعتمد فى اختيار أداته على كيان متكامل إذ اعتمد على تلقائيــــة الباحث ككل دون إبداء أسباب ترجيحه هذا الفرض على ذلك ، وكأنه كان يقيس ظاهرة طرفية بأداة مركزية كلية وبذلك ألم بأطراف المشكلة من نواح متعددة وبضربة واحدة .

وأخيراً ، فلعلى أطلت فى هذه النقطة أكثر مما ينبغى ، إلا أنى أحببت أن أعيد للفحص الإكلينيكى قيمته من خلال تحليل الأداة التى استعملها الباحث فى بحثه ، وأردت فى نفس الوقت أن أعلن مسئوليتنا عن كفاءة هذه الأداة التى ينبغى أن نضع لها مواصفات خاصة مثلما نضع لأى أداة أخرى ، وهذه المواصفات فى الطبيب النفسى ، والعمل على تحقيقها أثناء تدريبه ، هى التى تسمح لنا بالارتكان إليها والاعتماد عليها بأمان علمى وربما كان هذا دافعاً للباحثين فى المستقبل فى اختيارهم لهذه « الأدوات البشرية » أن يضعوا مواصفات بذاتها — إلى جانب الخبرة — تجعل نتائج بحثهم أكثر اتساقاً وبالتالى أقرب إلى الحقيقة ... ، ولا ينبغى أن نخاف ابتداء من السؤال الذى يمكن أن يطرح نفسه فى صوت عال ألا وهو : ولكن « من الذى يحكم على من ؟ » وهو سؤال حساس دائماً ، إلا أن أى باحث يتصدى للبحث العلمى لن يستطيع بحال أن يعفى نفسه من مسئولية الحكم المستمر على الأداة التى يستعملها وعلى

الأداء الذي يجرى به بحثه ، وإنما هو يستعين بتنظيم منهجى ومقاييس تفصيلية لتحسين قدرته على الحكم على الظواهر ، لا لكى تقوم مقامه بهذا الحكم فهو فى النهاية صاحب الرأى وصاحب المسئولية معاً لأنه صاحب الحكم، ولعلى أقدم تصورى للمواصفات التى تجمل هذه الأداة البشرية (الطبيب النفسى) فى أحسن أحوالها فيما يلى :

١ — أن يكون الطبيب ملماً بالأسس العامة لفرع تخصصه من مصادرها المتاحة ، وبصفة متجددة ، على أن يكون موقفه من اطلاعه موقف القارئ الخلاق ، لا المتلقى فى استسلام ، حتى إذا ما حاول باستمرار أن يختبر إمكانية تطبيق ماقرأ أو تعلم كان أمامه سبيل للمراجعة ، وهكذا يمكن باستمرار التقريب بين ما هو نظرى وما هو عملى ، وكذلك بين ماهو مثالى وما هوممكن من خلال هذا الموقف الذى يشمل التهديد المستمر بالإحباط، ومن ثم الألم الشخصى، لا بدو أن يضع فى اعتبار احتمال تغيير ذاتى مستمر ... وقد يعنف أحيانا .

٢ — أن يكون على اطلاع متوسط بنبذة من العلوم الأساسية التي تكون الأرضية الثقافية لعصره من تاريخ وفلسفة واجتماع وغيرها مما يمثل الأصول النظرية لماهية الإنسان وطبيعة وجوده حيث أن هذه الأرضية تؤثر بطريق مباشر على المريض، وعلى الطبيب على حد سواء ومن ثم على العلاقة بينهما، وعلى الانطباع الأول وتسلسل الفروض للوصول إلى تقويم سليم.

٣ — أن يكون مسايراً للأحداث اليومية، بمعنى أن يكون ملماً بما يجرى في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية من حوله وما يصاحبها من تغيرات في الأفراد والجماعات، بادئاً بالبلد الذى يعيش فيه، وأن يتخذ موقفاً واعياً من هذه الأحداث حتى لا يؤثر موقفه هذا دون أن يشعر على مريضه، فإذا كان لا بد من تأثير وتأثر — فلا بد أن يكون في مجال الوعى تحت الضوء ما أمكن، على أن هذه المتابعة اليومية — وفي ظل سرعة الإتصالات العالمية — لا بد وأن تتعدى حدود وطنه ليساير من موقفه الواعى كل التحركات في العالم التي تؤثر ضمنا على نوعية

وجوده ووجود مريضه ، ولعل هيجل كان يعنى هذا البعد حين أشار إلى أن قراءة الصحف اليومية هى الصلاة اليومية لإنسان العصر .

٤ — أن تكون حياته الشخصية على درجة من الاستقرار ، لا بمعنى الثبات والجمود ، ولكن بمعنى الوعى ووضوح المسيرة فى حركة هادئة ما أمكن نحو مزيد من الإيجابية والمسئولية ، فاتحاً باب المراجعة المستمرة والقدرة على تغيير مفاهيمه ، وفى الوضع الراهن لممارسة الطب النفسى فإن فصل تأثير « الحياة الشخصية » ، على الممارسة المهنية أمر مشكوك فى إمكانية حدوثه فى الوعى أو فى اللاوعى .

٥ — أن يكون متابعاً لمسيرة الاتجاهات المختلفة فى فرعه .

٦ — أن يكون واعياً للتغيرات التى يمكن أن تطرأ على فكره وعواطفه بمرور الزمن — من خلال ممارسته لمهنته وحياته ، لتجعلها تتم — قدر الإمكان — باختيار وإدراك ومسئولية .

٧ — أن تكون له رؤية للحياة ، ورأى فى تفاصيل مسيرتها ليتخذ من هذا وذاك موقفا فى الوجود ... يترجمه إلى فعل يومى بسيط ما أمكن .

٨ — أن يكون مستعداً للتغيير من خلال الاحتكاك المستمر ، وبخاصة من رؤية مرضاه وتفحصهم ، حتى تصبح ممارسته هى ثروته الحقيقية ودافعه لمزيد من التغير نحو الموضوعية.

٩ — ألا يكتفى باتساع دائرة وعيه بمعنى شحذ بصيرته ، ولكن عليه أن يختبر حقيقة بصيرته تلك بمراجعة آرائه إزاء فعله اليومى ، وفى مجتمعه الصغير ، وفى ممارسته المهنية .

١٠ — أن يدرك ضرورة معايشته «وحدته» الخاصة فى شجاعة ، مع إدراك حاجته للآخرين وطريقته فى إشباع هذه الحاجة ذهاباً وإيابا بوعى وإرادة من نفسه إليهم وبالعكس .

وقد اضطررت إلى وضع هذه المواصفات التى تبدو بعيدة عن التحقيق كواقع حالى ، إلا أنها ينبغى أن تكون فى ذهن

الباحث الذى يتخذ من الطبيب أداة بحثه ، ولا شك أن تحقيقها فى شكلها المطلق غير واقعى ، ولكن بقدر اقتراب الأداة البشرية من هذه المواصفات بقدر اعتمادنا على حكمها الموضوعى ، وهى مثل أى أداة . . لا ينبغى أن نتطلب فيها كفاءة مطلقة ولكن علينا أن نقترب دائماً من درجات أكبر وأكبر من الكفاءة وأن نقيم نتائجنا حسب درجة كفاءة الأداة المتاحة .

ثالثا : الطب النفسى المصرى والطب النفسى التطورى

أشرت فى حديثى عن مصادر الخطوط العريضة لفكرى النظرى ومدى ارتباطى بنظرية التطور ، الأمر الذى جعلنى أتصور كثيراً أن ما أمارسه وأؤمن به هو ما يمكن ان يسمى « الطب النفسى التطورى » Evolutionary Psychological Medicine ، ذلك لأن رؤيتى لما أعتقد نظرياً

ربما أمارس عملياً هي رؤية تؤكد دور الطبيب النفسي كعامل مساعد أو معوق لمسيرة التطور من واقع ممارسة خاصة لمداواة المرض النفسي الذى لا أراه إلا من مضاعفات هذه العملية البيولوجية الخطيرة — التطور الحيوى — والتى يتميز الانسان عن سائر الحيوانات بالوعى بها ، ويشتد وعيه بها بشكل عنيف أثناء اندفاعة المخ بغض النظر عن نتيجتها إن سلباً أو إيجابا .

وقد قدرت من واقع ممارستى أن النجاح فى هذه العملية لايزيد عن واحد فى كل ألف من البشر فى أحسن الظروف الملائمة ، رغم أن نسبة الذين يبدءون فى المحاولة لدرجة ظهور سلوك مميز لنتاجها هم عشرة فى كل ألف لكن الفشل يحدث فى ٩ من كل ألف ، وهى نفس النسبة الشائعة لمرض الفصام ، وقد وصل إلى نفس هذا الانطباع كثيرون غيرى من بينهم برنارد شو مثلاً . . . ، وبديهى أنى لم أدرج المضاعفات الأخرى غير الفصام وهى كثيرة

بشكل مزعج ولا مجال لمناقشاتها هنا.. سواء كانت مضاعفات تسمى بأسماء أمراض نفسية أم مضاعفات تندرج تحت الاغتراب اللامبالى فى الحياة العادية . .

هذا بالنسبة لاندفاعات المخ التناوبية المعاندة ولكن الاندفاعات المخففة والخفية تقع فى إطار ما قدمت سابقا وبتضاءل عنفها حتى تقتصر على النوم واليقظة فى أغلب الحالات .

ولكنى وجدت نفسى مؤمن أشد الإيمان برؤية محلية تماما لدرجه دعتنى إلى التساؤل عن إمكانية وجود مايسمى بالطب النفس المصرى ؟

ولما كان هذا الكتيب هو رسم خطوط عامة لموقفى فقد أردت أن أختمه بإثارة هذه القضية . .

وأنا لا أرى أى تناقض بين الالتزام بفكر تطورى تقاس الوحدة الزمنية فيه بعشرات الآلاف من السنين

وتتعدى طبيعة شموله حدود الوطن بل الوجود البشرى ، وبين الالتزام بتأكيد إمكانية حياة علمية صادقة فى مصرنا، تسهم فى بناء حضارة إنسانية أصيلة تتعدى الحدود . . . ولكنها تحيى مجدنا الحضارى الأصيل وتتخطاه بخطى العصر العملاقة .

لهذا فإنى أقتطف هذا الجزء الخاص بما يسمى مناقشة « مصرية » فرعنا هذا من نفس المقدمة التى اقتطفت منها الفقرة السابقة لأتمم بذلك هذا الكتيب الفهرس بما يؤدى الهدف منه على حد تقديرى .

ولكن قبل أن أبدأ فى مناقشة هذه القضية ، أحب أن أوضح نقطة جانبية بالنسبة لتفاصيل هذه الفقرة ، ولكنها جوهرية بالنسبة لتحديد مكان الموضوع الذى أتحدث عنه بين العلوم ، إذ لابد من تحديد مفهوم العلم ابتـــداء حتى لا يختلط الأمر فى تحديد موقع الطب النفسى وهل هو حرفة أم فن أم علم أو هو كل

ذلك ، فهو « علم » بالتعريف الذى ارتضيته وأوضحته « للعلم » حين تصورت أن موقفنا لن ينصلح أبدا إلا بإعادة النظر فى تعريف العلم بشجاعة تناسب خطى العصر العملاقة .. فعندى أن العلم هو : « وسيلة معرفية لتوسيع المدارك والوعى يغلب عليها استعمال النسق الفرضى الاستنتاجى ، وعادة ما تكون معطياته قابلة للاختبار ولكنها ليست بالضرورة قابلة للإعادة . ، وهذه الوسيلة تشمل جمع المعلومات بنسق ملتزم كما تشمل إعادة تنسيقها ، والعمليتان مرتبطتان ارتباطاً مباشراً بدرجة موضوعية وعى القائم بهما . وتتحقق المعلومات وتتصاعد الفروض فى هذا السبيل بعدة وسائل تشمل إعادة التجريب ، واختبار التطبيق ، وتقييم الإفادة فى تحقيق مداها والوصول إلى غايتها ، ودرجة تناسقها مع المعارف الموضوعية الأخرى وكذلك مدى صلابتها أمام اختبار الزمن » .

وهذا التعريف رغم ما به من إطالة هو الوحيـــد فى تقديرى القادر على استيعاب الطب النفسى ـ العلم ـ وكذلك بعض التفكير الفلسفى وأغلب العلوم البحتة فى إطار واحد دون إلزام بوضع بعض عمالقة العلم فى جدران معمل مبطن برصاص الخوف وسهام والتشكيك .

وعلمُنا إذا هو عـــلم — بهذا التعريف ، ومن هذا المنطلق نحدد أبعاد ما نتحدث عنه ، سواء تحدثنا عن ارتباط ممارسته المحلية بمصريتنا ضرورةً ، أو تحدثنا عن إسهامه — سلبا أو إيجابا — فى مسيرة التطور البيولوجية بالمفهوم البيولوجى التطورى الشامل .

أما جانبه الفنى والحِرَفى فأتركه الآن مرحليا .

ثم أبدأ بطرح السؤال :هل يمكن أن يوجد ما يسمى الطب النفسى المصرى ؟ وهل يمكن أن نتكلم — إلى حد ما — الآن أو مستقبلا عنه كما نتكلم عن الطب النفسى الإنجليزى ، والطب النفسى الفرنسى ... الخ ؟

ولعل هذا السؤال يرجعنا إلى قضية أساسية وهى الخاصة بعالمية العلم فى مقابل وطنيته أو محليته ، فالعلم بصفته أحد أوجه الحقيقة ومظهر من مظاهر المعرفة إنما يشير إلى مقولات عامة ليس لها وطن ولا صاحب إلا الحقيقة ذاتها ، إلا أنى مع الرأى الذى يتجه إلى الاهتمام بالشكل مثل الاهتمام بالجوهر ، فالعلم فى النهايه شكل من أشكال الحقيقة ، وهذا الشكل لا بد وأن يتأثر بالأرض التى يظهر عليها والإنسان الذى يعبر عنه ، وإن لم يغير هذا من جوهره ، ولا يمكن فى مرحلة تطور الإنسان الحالى أن يقفز العلم فجأة ليستغنى بصفاته العالمية عن أشكاله المحلية ، فتعميق الاختلاف إذاً بين الصور التى يظهر بها هنا وهناك هو الخطوة الأساسية نحو السعى إلى درجة من الاتفاق تتزايد كلما تحسنت وسائلنا وصدقت فى التعبير عن الجوهر أو عن الحقيقة ، وبهذه الصور المحددة رغم احتمال اختلافها يكون التعاون بين الناس (العلماء) فى كل مكان نابع من مجموع إيجابيات اختلافاتهم النوعية

سواء الحالية أو التاريخية وبالتالى فإن ما يمكن أن يضيفه الإنسان (العالم) المصرى إلى ثروة المعرفة هو نابع من وجوده الخاص المتميز ، ولكنه يصب فى وعاء العلم عامة وبلا خصوصية أو تميز ... ، فإذا صح هذا فى كافة العلوم فإنه يصح بوجه خاص فى علمنا هذا ، حيث أن مشكلته تتعلق بالوجود البشرى ونوعيته فى الصحة والمرض وذلك تحت مختلف التأثيرات : البيئية والحضارية والوراثية والكيميائية ... الخ ، ذلك الوجود الذى هو التعبير الكلى لتوازن أو اختلال عمل مستويات للمخ : أرقى أعضاء الإنسان وأعقدها .

وللإجابة على السؤال الذى طرحته فى أول هذه الفقرة أستطيع القول أن هذا البحث يضيف تأكيداً إلى الإجابة المحتملة عندى فيقرر .. «أنه يمكن — بل ينبغى — أن نبدأ الحديث عن (الطب النفسى المصرى) ، وأن نبحث فى دوره

الممكن لإثراء هذا الفرع العظيم من الطب ، وأن نحدد معالمه حتى نبدأ الحوار الخلاق مع البيئات الأخرى : تبادلا للمعرفة وتنويراً لمختلف زواياها » ولعله يجدر بى أن أذكر هنا طرفاً من حوار جرىء مع زائراً جنبى هو الأستاذ الدكتور إ . فيلر تورى E . Fuller Torrey (المساعد الخاص لمدير الخدمات الدولية للمؤسسات الأمريكية فى مجال الصحة العقلية) وذلك عقب محاضرة ألقاها فى الجمعية المصرية للطب النفسى عام ١٩٧١ حيث قال بالحرف « . . . . إن المطلوب من الأطباء النفسيين فى مصر هو أن يقدموا ملامح الخبرة المصرية التى قد تضيف جديداً إلى الثورة القادمة فى الطب النفسى ، وبالتالى فإنهم قد يسهمون فى تخطى القصور البادى فى هذا العلم كما يمارس فى الغرب » . ولعلنا نعترف ابتداء أن علم الطب النفسى — بتطبيقاته الحالية — ما زال علماً قاصراً، سواء فى مجال دوره العلاجى أو فى الإسهام بدور وقائى ، أو فى التنوير إلى دور ارتقائى، وقد لبس ثوباً فضفاضاً فى بعض مجالات الحياة أحياناً ،

كما أنكروا دوره تماماً فى مجالات أخرى ، وهو لهذا وغير
يمر بأزمة عالمية — أرجو أن تكون صحية — كان من بعض
مظاهرها ماظهرفى صورة حركات المقاومة التى سميت « بالحركة
المناهضة للطب النفسى » Anti – Psychiatry Movement
والتى يقودها فى انجلترا لانج وكوبر وفى الولايات المتحدة
زاس وفى إيطاليا بازاجليا . . . الخ والتى لاقت رواجاً بين
عامة الناس وبين بعض شباب الأطباء النفسيين بدرجة تجعل
مواجهتها ومراجعة أسبابها ضرورة ملحة ، وعلينا إزاء ذلك
ونحن لم نتورط فى فرط النماء الذى أصبح معوقاً لهذا الفرع ،
علينا أن ندرك تصور فرعنا هذا بوضعه الحالى ، ثم نحاول ،
من موقعنا أيضاً — أن نعثر على « ولاف » Synthesis
بين المتصارعين ، وذلك بأن تصبح لنا شخصيتنا المستقلة عن
كلا الفريقين ، وبأن نستفيد من إيجابيات كل فريق وأن
نتخطى سلبياتهم ليتأكد فى النهاية دور الطب النفسى فى
العلاج والوقاية وتطور المجتمع والإنسان بصفة عامة .

إذاً ... فالدور الذى ينتظر الطب النفسى المصرى (كنموذج لنشاط الدول النامية ذات التاريخ الحضارى الخاص) دور قد يسهم إسهاماً أصيلا فى مسيرة هذا الفرع عامة ... ومن ثم فى مسيرة حضارة الإنسان .. ، وفى تصورى أن علينا أن نبدأ دون تردد فى أخذ هذه المسئولية بصورة جدية لتنطلق قدراتنا على قدر جهدنا المتواضع ومن واقع أصالتنا الفعلية .

ولعلى لا أكتفى لإثبات هذه الأصالة بالرجوع إلى التاريخ القديم وذكر الأمراض التى وردت أشكالها وعلاجها عند قدماء المصريين مثل الهستيريا والصرع ، ولا إلى التاريخ المتوسط حين أصبح تاريخنا جزءاً من تاريخ الأمة العربية والإسلامية لنستشهد بأصالة رواد عظام مثل ابن سينا والرازى فى تأكيد الدور الرائد ، ولكنى ألجأ إلى التاريخ القريب لنلقى نظرة عابرة على بعض محتويات كتاب صغير(١٩٢ صفحة)

كان يدرس لطلبة مدرسة الطب قبل أن يصبح التعليم فيه باللغة الإنجليزية فى عام ١٨٩٨ ، وهو كتاب «أسلوب الطبيب فى فن المجـاذيب » تأليف الدكتور سليمان نجـاتى مدرس الأمراض العقلية بمستشفى القصر العينى، وقد صدر سنة ١٣٠٩ هجرية (الموافق ١٨٩٦ ميلادية) وما نـكاد نعرف محتوا ودوره المتواضع حتى ندرك حقيقتين :

الأولى : أن هذا الفرع كان موضع اهتمام فى تدريس الطب وإعداد الطبيب العادى ، لا يكاد يحظى بمثله حاليـاً وبعد ما يقرب من مائة عام .

والثانية : أن بعض ما ورد فى هذا الـكتاب (الصادر حول إعلان كريبلين سنة ١٨٩٦)عن مرض الجنون المبكر (« الفصام » فيما بعد) هو سبق على يعاد اكتشافه حالياً بكل الوسائل الحديثة ، ولعله من المفيد أن أعرض فى هذه

المجالة أمثلة موضحة لهذا السبق العلمى حتى لو كان مجرد تجميع للمعلومات السائدة فى حينه باللغة العربية لتدريسها فى مدرسة الطب المصرية ، يقول هذا الكتاب فى الصفحة الحادية عشر :

« إن المخ متجانس التركيب، فكل جزء من أجزائه متمتع بمجموع خصوصيات الكل ومن ذلك يتأتى التعويض الوظيفى بين عناصره ... هذا رأى بعضهم ... »

(لاحظ توافق هذا الرأى مع أحدث ما قال به لاشلى فى طريقة حفظ المعلومات فى مخزن الذاكرة ... ، ومع نموذج الهولوجرام والفونوجرام لتوضيح هذه العمومية لكل جزء بذاته) .

ثم يستطرد لعرض الرأى الآخر عن فلورنس معارضاً آراء جال صاحب نظرية الفرينولوجيا التى تشير إلى علاقة الشكل الظاهرى للدماغ وعظام الجمجمة للأحوال النفسية والطباع يقول :

« . . غير أنه لا يقول بأن المخ متجانس التركيب ، بل هو يذهب إلى أن للمخ وظائف نوعية ووظائف عامة ، فبجانب الفعل الخاص Action Propre لكل جزء من أجزاء المخ ، يجمع هذه الأجزاء فعل مشترك Action Commune » .

(لاحظ وجه الشبه بين هذا النقاش العلمى ومحتواه وبين ما تجرى به الآن الدراسات لمحاولة اكتشاف تعدد مستويات المخ ، وتعدد حالات الذات Ego States مع احتمال وجود فعل عام ونقطة انبعاث خاصة Pace maker فى كل مرحلة وكل شكل من أشكال الوجود (المدارس من «ساندور رادو» إلى « إريك بيرن »)

ثم يبلغ قمة الحدس العلمى حين يشير إلى الازدواج بين نصفى المخ ، وتخلخل الارتباط بينهما فى حالات الأمراض العقلية حيث يقول ص ١٣ :

« ... والفرق بين نصفى المخ اليسارى واليمينى يفسر الملوسة بأنواعها ، وحالة الازدواج الشخصى » (ولقد أشار

بيير جانيه ، وبرجسون بعد ذلك إلى مثل هذا الاحتمال ...

ثم ظهرت تفسيرات فسيولوجية نفسية تؤكد تميز عمل نصفى المخ .

ويلاحظ أن الدكتور سليمان نجاتى ذكر الازدواج الشخصى وصف بلويلر الفصام أن يصف على أنه انشطار فعلا ، .. وهو من واقع تعبيره ، لا يعنى الازدواج المستيرى بقدر ما يعنى الانفصام الأمر الذى يشغل كل المشتغلين حالياً بدراسة الأسس الفسيولوجية لهذا المرض .

ثم إن الدراسات المستفيضة الحديثة عن عمل نصفى المخ ، وتأكيد ازدواجيته ، ودورها فى الإبداع الفنى عبر الجسم المندمل ، ثم عن مسئولية عدم التوافق بينهما أو طغيان أحدهما على الآخر إنما تشير جميعاً إلى خطورة هذه الإشارة الصادقة التى وردت فى هذا الكتاب المصرى المتواضع مما يعتبر سبقاً لا يمكن إنكاره .

فلوأن هذا الطبيب المصرى تاسكأ فى وضع هذا الكتاب أو إبداء هذا الرأى لأضاع سبقاً هاماً فى محاولة فهم عمل المخ بشكل ما ...

وقد أطلت فى هذا الاستطراد لأشير أولا أننا لا نبدأ من فراغ حتى بالنسبة للماضى القريب، وأشير ثانياً إلى ضرورة تسجيل الفكر حتى لو كان رؤية عامة غير مثبتة و إنما هو حدس إكلينيكى ينتظر الإثبات بعد حين ... ، وبهذا نندفع خطوة أخرى نحو انتفاضة تزيل الشعور بالنقص ، وتؤكد أن هذه البداية التى يعتبر هذا البحث الذى أقدمه خطوة أخرى فى طريقها هى بداية لازمة وغير متعجلة ... ، ولنا أن نأمل أن ينقلوا عنا كما قلت مثلما ننقل عنهم ، وليس نقل كتاب « طب الركة » الذى ألفه الطبيب عبد الرحمن إسماعيل سنة ١٨٨٣ ، وترجمه إلى الإنجليزية جون ووكر عام ١٩٣٤ ثم نقل عنه ، فليس هذا الحدث ببعيد .

وهنا أحب أن ألفت النظر إلى أن موقفنا بين الدول المسماة بالنامية قد يجعل النظرة إلينا نظرة «مقلدين بالضرورة» وبالتالى لا نحتاج إلا إلى التوجيه مثلما ورد مثلا فى المقال المنشور فى المجلة البريطانية للأمراض النفسية (عدد يونيو ١٩٧٦ المجلد الثامن والعشرين بعد المائة ص ٥١٣ — ٥٢٢ جيبل ، وهادنج) حيث ذكر الأولويات المتعلقة بالصحة العقلية فى الدول النامية بطريقة سطحية لم تصل إلى احتمال إمكانيات هذه الدول أصالة وإثراء ، بل جعل يقيس هذه الأوليات بنفس التقاسيم والمشاكل الشائعة فى الغرب ، علماً بأن مجرد السير فى نفس الطريق لن يزيد الهوة بيننا وبينهم إلا اتساعاً كما أنه قد يحرمهم من الأصالة والتلقائية المحتملة الظهور فى دول ذات تاريخ خاص رغم تخلفها الحالى مثل مصر .

ثم أوجز الحقائق التى أردت عرضها بين يدى القارئ حتى هذه المرحلة ، تذكرة وتحديداً :

أولا : أننا لسنا أقل من غيرنا فكراً وأصالة .

ثانياً : أن أى جهد مصرى أصيل ، أو فكر مصرى مبتكر ينبغى أن يسجل للعلم والتاريخ ، وسوف يأتى اليوم الذى يثبت فيه أو ينفى ، ولا يوجد مبرر تاريخى أو واقعى يجعل شعورنا بالنقص أو التبعية يكبل فكرنا ويعوق النشر لدينا .

ثالثاً : أن الترجمة من « العربية » احتمال قائم ، وعلى من يريد أن ينطلق ابتكاراً « بلسان الأم » ألا ينتظر ، فإن الفكر الأصيل كلما ازداد أصالة كلما ارتبط بالوجدان الأصلى المتعلق بنشأة اللغة ، وبالتالى كان التعبير بلسان الأم أكثر صدقا إذا كان الابتكار والأصالة مطروحين كظواهر ضرورية لنمونا وتقدمنا ، وفى مثل هذا قمت بمحاولة خاصة لأقدم فرعاً من أصعب فروع علمنا وهو « علم السيكوباثولوجى » نظماً بالعربية لأثبت أن لغتنا ليست قادرة على الامساك بزمام العلوم فحسب بل إنها قادرة على صياغتها فى شكل فنى أصيل كذلك .

رابعاً : أن منا جز التاريخ وحدها لن تبرر وجودنا، ولكن جهدنا الحاضر الملتزم هو المحسوب لنا أو علينا .

على أنه ينبغى أن نقرر هنا أن المحاولات المصرية بدأت ـ فى فرعنا ـ جادة فى الآونة الأخيرة مما يشجع أن نذكر هنا بعضا منها

أولا : المؤلفات والأبحاث والنظريات المصرية فى الطب النفسى :

ظهر فى مجال البحث العلمى ، والتأليف فى الطب النفسى (*) فى مصر أبحاثاً عديدة دارت حول شكل الأعراض ، أو الأمراض فى البيئة المصرية ، وامتدت إلى دراسة الأسرة لبعض أنواع المرض ، وكان من بين هذه الدراسات محاولات منشئة وابتكارية تؤكد أصالة الفكر المصرى فى هذا المجال .

(*) لا تشمل هذه الإشارة [illegible] الفائق المخلص لزملائنا علماء النفس، كما أن ما أورده هنا هو مجرد [illegible] وليس حصراً .

ولا بد أن نتذكر ابتداء رائدين كانا مسئولين عن تكوين المعالم الأولى لشخصية الطبيب النفسى فى مصر — كل فى مجاله — وأعنى أستاذنا محمد كامل الخولى فى مجال وزارة الصحة وأستاذنا عبد العزيز عسكر على مستوى الجامعات ، فإن أى فضل بعدهما لا بد وأن يرجع بطريقة ما إليهما .

أما بالنسبة للمكتبة العربية فإن انتظام ظهور العدد العلمى للمجلة المصرية للصحة العقلية سنويا منذ سنة ١٩٧١ يعتبر حدثا يستحق التسجيل والتنويه ، وخاصة بالنسبة لمثابرة الأستاذ الدكتور عمر شاهين ، كما تلقت المكتبة العربية كتبا عديدة بالعربية مثل كتاب الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة عن الطب النفسى المعاصر (آخر طبعاته ١٩٧٦) وكتاب الأستاذ الدكتور عمر شاهين وشخصى عن مبادئ الأمراض النفسية (آخر طبعاته سنة ١٩٧٧) وقد أورد الأول بعض نسب تواتر الأمراض فى البيئة المصرية كما نقل أغلب ما استحدث فى هذا الفرع إلى العربية فطاوعته اللغة وأثبتت جدارتها ، أما كتاب الأستاذ شاهين مشتركا معى ، فقد كان محاولة سابقة مختصرة

وضع أصلا لمستوى دراسى أقل من الجامعة (مدارس التمريض) ولكنه تميز بشمول حالات محلية واضحة المعالم المصرية. الأمر الذى تكرر فى كتابنا بالإنجليزية (ألف باء الطب النفسى (١٩٧١) (A. B. C. of Psychiatry) حيث أوردنا الحالات فى جزء من عرضها باللغة العربية رغم أن الكتاب بالأنجليزية، وكان هذا فى ذاته تأكيداً لما أحاول إيضاحه هنا فى هذه المقدمة فلم يكن ورود الأعراض والشكوى بالعربية لمجرد الإيضاح أو الاستسهال حيث أكدنا فى المقدمة أن المريض إنما يمرض «بالعربية» ، ولا بد أن ننقل عنه أولا بالعربية ، ثم نحاول بعد ذلك أن نترجم ما يقول ، ولكن هذا الكتاب بالذات كان بداية محاولة خاصة نحو رؤية مصرية أصيلة فهو أولا قد قدم تقسيما جديداً لمجموعة من التشخيصات تحت ما أسماه الحالات «الوسط» Intermediate disaorders حيث أدرج أغلب اضطرابات الشخصية مع بعض «الحالات المتبقية عقب انطفاء حدة الذهان» وكذلك بعض الحالات الذهانية المجهضة، فسبق

وواكب بذلك الفكر العالمى فى الإشارة إلى النظرة الجديدة لاضطرابات الشخصية كمكافئات للذهان عامة والفصام خاصة، كما اقتحم نفس الكتاب مجال السيوكوباثولوجيا حيث قدم تفسيراً للفصام على أساس أن يكون الاضطراب الأساسى هو فشل رموز اللغة فى أداء وظيفتها الاجتماعية (قارن أريتى فيما بعد فى كتابه « تفسير الفصام »).

كذلك وضع كاتب هذه السطور نظريتين جديدتين إحداهما عن مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردى آملا أن يفيد فى إعادة تقسيم الأمراض النفسية بشكل غائى ، والأخرى عن تحرير المرأة وتطور الإنسان آملاً أن يكون لها أثر تطبيقى فى العلاج النفسى بوجه خاص، وبديهى أن هذه الأمثلة هى فروض عاملة تقترب من النظرية فى تواضع على أن المتتبع لحركة تطور علمنا هذا (الطب النفسى) والعلوم المتصلة به يعلم تمام العلم أننا ما زلنا — فى أغلب مجالات معرفتنا فى مرحلة الفروض العاملة — حتى بالنسبة لآراء سيجموند فرويد فى

التحليل النفسى رغم الانتشار والاستمرار عبر عشرات السنين إلا أنها لم تصل فى أى وقت إلى درجة اليقين كنظرية ثابتة أو قانون .

ثانياً : كتيب تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى :

إن تأسيس الجمعية المصرية للطب النفسى فى ذاته لم يكن مجرد تجمع لفرع من فروع الجمعية الطبية المصرية بل كان فى الواقع بحثاً إلى الاستقلال من ناحية ، وسعياً إلى تأكيد الشخصية المصرية تمهيداً لما يمكن من تعاون عالمى فيما بعد، وفى محاولة رائدة قامت هذه الجمعية بوضع تقسيم للأمراض النفسية فى البيئة المصرية مستندة أساساً إلى التقسيم العالمى الثامن للأمراض ICD - 8 مع الرجوع إلى التقسيم الأمريكى الثانى لعام ١٩٦٧ وكذلك التقسيم الفرنسى لعام ١٩٦٩ وأخيراً المصادر المحلية المستقاة من الكتيب المحلية السابق الإشارة إليها ومن الخبرة المحلية ، وبعد اجتماعات متكررة اشترك فيها ممثلون للهيئات

الطبية النفسية من كل اتجاه فى اللجنة العلمية للجمعية الطبية المصرية صدرت طبعة مبدئية سنة ١٩٧٢ ظلت تحت التجربة حتى عام ١٩٧٥ حيث صدر الكتيب فى صورته النهائية باعتباره أول كتيب لتقسيم الأمراض النفسية (على قدر علمى) يصدر مستقلا من البلاد النامية، علماً بأن هذه المحولة وإن تمت فى بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا فإن دولا أخرى على نفس درجة التقدم مثل المملكة المتحدة لم تغامر بها حيث استمر كل مركز خاص متبعاً تقليده الخاص فى التشخيصات وإن لجأت بعض المراكز البريطانية إلى اتباع التقسيم العالمى دون تبديل .

وقد تميز التقسيم المصرى باتباع التقليد العالمى أساساً (رغم استقلال رموزه مع وضع الرموز العالمية المقابلة) ، بإضافة ما ارتأى من المصادر سالفة الذكر ، وما زال الأمل معقوداً عليه فى تحقيق لغة مشتركة لرسم الخطوط العامة للتشخيص

الذاتية للخبرة المصرية ، مع فتح باب التطور المادى المدروس، لما ورد فى هذا الكتيب الأول — (ربما كل عشر سنوات أسوة بنفس الفترة التى يعاد فيها نشر التقسيم العالمى للأمراض تحت رعاية الهيئة الصحية العالمية) .

وقد أقر المؤتمر العربى الثانى للصحة النفسية المنعقد فى القاهرة عام ١٩٧٥ هذا الكتيب كأساس للتقسيم العربى للأمراض النفسية .

وفى الحقيقة أن اقتراح عمل هذا الكتيب كان نابعاً من فكر الأستاذ الدكتور عبدالعزيز عسكر أساساً .. وتم تحت رعايته وبإصراره .

وليس هنا مجال تعداد ما ترتب على ظهور هذا التقسيم المستقل من تحديد لمعالم شخصيتنا ولا هو مجال ذكر الترحيب الذى لقيه فى مجالات عالمية ، خلاصة القول أننا نعيش ، وأن علمنا بالذات يغرى بأن نعيش مستقلين متعاونين فى آن .

خاتمة

لا بد أن أقرر وأنا أختم هذه الفكرة المطولة — أى هذه المقدمة — أنى أدين بالشكر لمن أتاح لى هذه الفرصة : وهم تلاميذى عامة ، والدكتور رفعت محفوظ ، والدكتور عماد حمدى خاصة ، فالأول هو الذى أشار بإخراجها «هكذا» كما هى ، والثانى هو صاحب البحث الأصلى فى العلاج الجمعى الذى كانت هذه المقدمة خاصة به أساساً .

وأجدنى بعد ذلك فى موقف الذى ظل يلهث عدواً إلى هدف ما ، وما إن استقر به المقام حتى جلس يتلفت حوله يرى أين هو مما كان يبدو تجاهه لاهثاً ، أو يتصوره آملا ، فجعلت أراجع ما قدمت ، أحاول تحديده من خلال إعادة النظر فيه... والتفكر فيما انتهيت إليه .

ولقد وجدت أمانة أن خير ما أنهى به هذا الكتيب المقدمة هو أن أخاطب نفسى بصوت مقروء ، لأعدد ما خطر ببالى إزاء هذا العمل فوز انتهائى منه ، حتى ولو كان فى ذلك بعض التكرار .

أولا : لقد أتاحت لى هذه المقدمة أن أرسم الخطوط العامة لمسيرة فكرى ، وأن أحدد فى جلاء — لم أكن واثقاً من وضوحه إلى هذه الدرجة — موقفى ورأيى ، من طبيعة ممارستى لهذه المهنة : الطب النفسى ، وحقيقة موقفى من هذا العلم : الأمراض النفسية ، وأخيراً (وأولا) من طبيعة موقفى فى الحياة ، ولعل أول من نبهنى إلى اختلاط هذا بذاك هو تلميذى الدكتور عماد حمدى حين كنت أناقشه فى أى الكتب أبدأ كتابته إذا حان الحين ، فاقترح أن أكتب نظرتى — أو نظريتى — فى الحياة ، وقد كدت أفعلها ، إلا أنى وجدت أنى بذلك أبدأ فى غير مجالى ، حيث تصورت أنى لو فعلتها لوجدت نفسى فى لجة الفلسفة لامحالة ، ونحن لانجرؤ

بعد على الفلسفة ، وكل علاقتنا « المسموح » بها هى أن نعلم ما هى ، أما أن نمـــارسها — كما ذكرت — فدون ذلك الجنون أو النبـذ لا محالة ..، ولكنى وجدت نفسى بعد هذه المقدمة قد ألحت لموقفى هذا من الحياة . . . بل وصرحت به فى أكثر من موقع .

ثانياً : لقد أرستنى هذه المقدمة أخيراً على اللغة التى انتهيت إلى تفضيل الحديث بها وهى « لغة العلم » بالتعريف الذى أشرت إليه (ص٢٥٧) .

ولا بد هنا أن أشير إلى محاولاتى السابقة للحديث بلغة الفن مرة وبلغة الحرفة مرات ، أما اللغة الأخيرة فهى لغة لا تسجل كتابة وإنما تُمارس صناعة ، والنجاح فيها يتوقف على عدد المستفيدين منها : مرضى وصبياناً (طلبة) ، وأعترف أنى نجحت بهذا المقياس ، إلا أن هذا النجاح قاصر على عدد المتصلين بى مباشرة — مرضى كانوا أو تلاميذ — وأغلب

الظن أنه لا هؤلاء ولا أولئك استطاعوا أن يستوعبوا رؤيتى المعقدة، ومعاناتى المخترقة.

أما لغة الفن فلى معها جدل طويل لا يكاد ينتهى إلا ليبدأ، فقد طرقت باب الفن بأكثر من لغة، وكلما انطلق هذا اللسان كبلته وعوّقته، وكلما رسمت صورة فنية ألحقتها بشرح يكاد يشوهها تشويها، حتى حاولت أن أحقق ولاءً أسميته «الفن العلمى» إلا أنى تيقنت أنها خطوة رغم ملامح نجاحها إلا أنها سابقة لأوانها، وقد أعلن هذا الصراع فى أكثر من موضوع فيما كتبت، فقد جاء فى مقدمة روايتى الطويلة «المشى على الصراط» أنى كتبت الفصول الأربعة الأخيرة من الجزء الثانى قسراً «... وضد مقاومة هائلة من داخلى، لأنى أحسست وأنا أنتهى منها أنى أودع

الفنان فىّ .. بعد أن عجز عن أن يخرج عملا فنياً، خالصاً حيث ظل مكبلا دائماً بالالتزامات العلمية والنظريات» ثم كتبت فى نهاية نفس المقدمة أعلن أن لجوئى للأسلوب الفنى،

لم يكن إلا رغبة فى التواصل الحر الأصدق بعد أن عجز قالب العلم (كما كنت أتصوره حينذاك) أن يحتوينى .. كما عجزت رموزه المحدودة أن تواصل بينى وبين الناس . . . فقد قلت بالحرف الواحد « ... وهكذا خرجت إليكم .. أطرق بابكم الخلفى . . بعد أن حال عجز العلماء بوسائلهم الحالية أن أصل إليكم مباشرة » .

إذاً فقد تصورت أن التماسى لغة الفن ما هو إلا هرب من القيود شبه العلمية التى تخايلت لى حينذاك . . والتى لو رضخت لها لشوهت الحقيقة الحقيقة التى رأيتها فى داخلى وداخلهم ، ويبدو أن هذا الهرب كان ملحاً وعنيفاً معلناً رفضى لأى قيد معطل يهدد بطمس الحقيقة . . . فكتبت ما أردت — أيضاً — نظما ونثراً بالعامية والعربية . . دون تردد ، إلا أنى كما أشرت ألحقت أغلبها « بشرح على المتن » (كله علم فى علم) .. ليعلن استسلامى فى النهاية إلى سيطرة لغة العلم على كيانى . .

وقد جاءت هذه المقدمة لتؤكد هذا الترجيح بلا منافس»

وقد ثبت هذا أكثر وأكثر إذ أفرجت عن هذا الكتيب المقدمة ليصل إلى أيدى الناس أولا .. رغم أنه قد تم طبع أعمالى الفنية جميعاً قبله ، دون أن أجرؤ بعد أن تنزل إلى الناس .. ربما ليقينى أنها ليست لغتى الأصلية ... رغم أنها تحوى نبضى الحى مباشرة*.

ثالثاً : رغم رجحان كفة لغة العلم عندى من خلال هذه المقدمة ، ورغم إتاحة الفرصة لإعادة تعريف العلم بما يجعله أكثر رحابة وأشمل نفعاً ، حتى ليحتوى الفلسفة دون تردد ، فإنها قد صالحتنى فى نفس الوقت على « ضرورة الفن » فى مرحلة تطور الإنسان المعاصر ، فقد مرت علىّ فترة كنت أحسب أن الفن معوق لمسيرة التطور إذا كان تفريغاً للطاقة ومسهلا للانشقاق والاغتراب عن مسئولية الفعل الثورى.

(*) لعل مثل هذا التخوف هو ما دعى الأستاذ الدكتور «جان ديلاى» مكتشف عقار اللارجاكتيل ورائد الطب النفسى الفرنسى أن يكتب أعماله الروائية الفنية باسم مستعار طول الوقت .

فى اللحظة الراهنة، إلى أنى حين تأملت صعوبة الهدف الولافى الأعلى وطول الطريق إليـه ، وكذلك حين عجزت عن التواصل بتلك اللغة « العلمية الفنية » بالدرجة التى كنت آملها . . وإلى النتيجة التى كنت أتوقعها ... أخذت أراجع نفسى حتى اهتديت إلى « ضرورة الفن » (حتى ما يسمى معه الفـن للفن ، أو الفن غير الهادف) ... لأنه يؤكد عجز الإنسان عن القفزة المستقيمة .. إذ يؤكد ضرورة المسيرة المتأنية اللولبية الوُلافية المتصاعدة .. وأخذت أتبين فى الفن الدور الموقظ والمثـير للجانب الآخر من وجودنا ... ثم أتبين أكثر أنه يحافظ على هذا الجانب دون الاندثار حتى يحين الأوان لإفراغه فى نبضة ثائرة تطفر بالمسيرة إلى خطوة أعمق وأكثر أصالة . وبألفاظ أخرى أقول إن تأكدى من ترجيح لغة العلم بالنسبة لقدراتى ودورى الحالى ، قد سمح لى بإعادة النظر فى احترام لغة الفن دون تحذير أو إغماء، ولـكنى مازلت أحلم بالأمل

الذى يقترب فيه الفن من العلم تعبيراً وتلقيا . . حتى نتجنب مزيداً من الاغتراب ؛ وكأن وضوح اللغة العلمية التى اخترتها قد أوضح ضمنا البديل الذى عجزت عن مواصلة الحديث به

رابعاً : وافق ظهور هذه المقدمة أننا نعيش فى وطننا الصبور هذا أحداثا تتعلق بمستقبلنا فى مختلف المجالات تعلقاً مباشراً ، من خلال بداية مؤلمة جديدة(*) تنبع من أرض الواقع دون تأجيل أو تهوين ، ولما شعرت بالتحدى يلقى فى وجهى كمواطن فى مجاله ... حفزنى ذلك ضمنا أن أسارع بالاستجابة لرغبة الدكتور رفعت محفوظ فى أن تصدر هذه المقدمة فوراً كبداية ملزمة . . . ، وزاد يقينى أثناء اندفاعتى هذه من أن اللحاق بركب الحضارة لن يأتى بالعمل السياسى الصارخ (فحسب) ، أو بإصلاح المسار الاقتصادى (أو إعلان ذلك) ، أو حتى بتأمين اللقمة للجميع ، ولكنه سيأتى حتما

(*) إشارة إلى مخاطرة السلام وتحدياته » .

من الشعور بالتحدى إذ نواجه موقف الحياة والموت فرداً وشعباً ، ثم بالإقدام من خلال ذلك على «شجاعة التفكير» كخطوة أولى نحو «شجاعة التغيير» ، وتيقنت أن استسلامنا للشعور بالنقص . . أو بالأمل فى الاسترخاء الرفاهى .. ما هو إلا حفر لقبورنا بأيدينا — والكل يحسب أن شجاعة التفكير هى أن نحل المشاكل القائمة حلا سعيداً ملائماً . . ولكنى حين أخذت أتصفح ما سطرت بعد أن وصلت إلى هنا لاهثا . تمنيت أن يصل ما أعنيه وأعانيه إلى من يهمه الأمر وهم ناسى أولا ثم كل الناس . . . ، ولكنى بالرغم من كل شىء داخلنى اطمئنان خاص على مدى رؤيتنا مهما بدا الحطام جاثماً على كل شىء ... رغم علمى حدساً وحسابات بما يدبر لنا من قِبَل العدو حالا ، ومن قبل المنافس مستقبلا ، ومن قبل أشباه الأصدقاء دائماً ، من إحباط وتمييع ، وما يحددونه لدورنا كأتباع يحسنون التقليد ، أقول بالرغم من كل ذلك فإن الذى سيبقى هو الذى يبقى ، ولينظر كل منا ومنهم إلى مدى

رؤيته .. وإلى وقع خطواته فى نفس الوقت .. وحتى ولو كان «الذى يرى» منا قليل .. إلا أنه يرى بعيداً بعيداً.. والكسب للأكثر صبراً ومثابرة وإصراراً .

خامساً : واجهت متألماً صعوبة النشر وضرورته فى آن واحد، وتيقنت أنه بغير إمكانيات النشر على مسئولية صاحب الفكر الجديد ومن خلال جهده الشخصى فلا أمل فى تسجيل شيء أو توصيل شيء ... ، ولا أستطرد فى سرد خبرتى مع « لجان القراءة » أو « دور التجارة والنشر » .. ولكنى أقول أن الصعوبات المحلية صعوبات مقدور عليها بجهد خاص عنيف ، أما ما يهمنى أكثر فهى الصعوبات العالمية والتنافس غير المتكافىء مع أفكار موازية . . أو دون ذلك ؛ ولا أستطيع أن أكتم غيظى حين أرى كثيراً من الكتب المصقولة تملأ الرفوف والأدراج فى كل مكان ولا تحوى — فى علمنا مثلا — إلا تكرار كل ما هو سطحى أجوف ،

فإذا انتقلت إلى الأفكار الإبداعية الأصيلة مثل فكر سليفانو أريتى الموازى لفكرى من ناحية ارتباطه المباشر بالتطور .. وقارنت الفرص المتاحة لى كدت أحط مستزمراً حتى لأكاد أيأس .، وإنى إذ أعترف لأريتى العظيم بالفضل علىّ وعلى الناس.. أعلن بلا تردد سبق له فى أكثر من رأى ، يشهد على ذلك بعض زملائى وتلاميذى ، وأنه قام بنشرها بعد أن كنت أقوم بتدريسها لبضعة سنوات (وسأرجع لهذه النقطة بعد قليل) ، ولكنى أعترف أنه ما استطاع أن ينشر آراءه الأخيرة بشجاعة المبدع إلا بعد أن أتقن اللغة السائدة تماماً ، ووصل عن طريق ذلك لأن يصبح المؤلف الأول لأشهر كتاب فى الطب النفسى فى الولايات المتحدة American Handbook of Psychiatry

وبعد ذلك سمح لنفسه أن يقول ما رأى من واقع نفسه وخبرته الإكلينيكية دون تقيد بالأسلوب الشائع . . حتى إذا وصل به الأمر فى كتابه الأخير « إرادة أن تكون

إنساناً « The will to be human أن يعلن أنه إنما يتمقمص النبي يونس عليه السلام . . لم يجرؤ أحد على اتهامه بتخطى مرحلة السواء ، وإذا مجد فى نفس الكتاب البابا جون الثالث والعشرين كبطل ومبدع ثائر مغوار لأنه أعلن وثيقة تبرئة اليهود (الحاليين) من دم المسيح عليه السلام . . لم يقل أحد عنه أنه متحيز أو متعصب . . ، ولقد أوردت هذا الاستطراد المطول لأعلن من خلاله فضل النشر المنتظم الصبور باللغة السائدة ليسمح بالنهاية للغة الجديدة أن تُسمع ، وأعود فأقول أنى حين أخذت أتصفح ما جاء فى هذه المقدمة وأتخيل الشفاه الممطوطة والحواجب المرتفعة تجاه نفس الشىء الذى إذا قال به فلان أو علان عبر البحار رفعت له القبعات وانحنت الرؤوس بسبب عوامل لا ناقة لى فيها ولا جمل . . كنت أمتلىء غيظاً وإصراراً معاً وأتأكد من مسئوليتى المضاعفة المتصاعدة تجاه الالتزام بشجاعة التفكير، والحفاظ عليه ، وتسجيله ، ونشره ، ومحاولة توصيله ، وتعليم من يعيه من

نشء جديد ، ومواصلة تنميته ، وضمان استمرار إمكانيات انتشاره ، كل ذلك من خلال نبذ كل تردد معوّق ، وكل شعور بالنقص معجّز ، وكل أوهام شبه مثالية مكبّلة ، ثم انطلاق مثابر لنغزل نسيج ثوبنا الحضارى المنافس بلا مغزل إلا إصرارنا بلا حدود .

سادساً : تعلمت أن مثل هذه المقدمة . . . قد يكون عملا قائماً بذاته (قارن — دون تشبيه — مقدمة ابن خلدون ومقدمة ـ المحاضرات التمهيدية ـ فى التحليل النفسى) ، لأنها قد تكون أهم وأخطر مما يليها ، فهى إعلان بداية للجديد . . وإلزام ضمنى بما يليه .

سابعاً : تيقنت أن تسجيل كل شىء هو واجب أساسى لأى مفكر يريد أن يستمر ، وفضل الكتابة على الحضارة لا ينكر ، ولا بد من أن نزن المخاوف من تقديس الكلمة المطبوعة حتى الإعاقة فى مقابل ضرورة توصيل الأمانة لضمان

استمرار المسيرة ، ومنذ تأكدت من هذه الحقيقة انطلقت أسجل كل شيء . . كتابة أو صوتا .. وليكن بعد ذلك ما يكون.

ثامناً : تأكدت من الغرض الذى افترضته قبلاً ، وألحت إليه ضمنا ، وهو أن أى فكر «أصيل» (بمعنى الكلمة) لا يخرج إلا بلغة الأم ، إلا إذا كانت اللغة الأخرى قد تغلغلت حتى ما ثلت لغة الأم ، وقد زدت إصراراً على أن احتمال النقل من العربية هو احتمال قائم فى مجال العلم . . كما قام فعلا فى مجال الفن (الروائى خاصة) ولست أذهب بعيداً لأقول أن التدريس فى فرعنا بلغة غير لغة الأم قد يكون مقصوداً به إعاقة التفكير الإبداعى كافة . . فلست ممن يرحبون بتبرير عجزنا بأوهام الاضطهاد الاستعمارى والمؤامرات الصهيونية ...الخ ، ولكنى أيضاً لا أستبعد أن يكون استسلامنا للاستمرار فى هذا الاغتراب اللغوى .. ما هو إلا خوف من مخاطر إطلاق طاقاتنا الإبداعية . . وما يترتب عليها من تغيير متطور خلاق يزعزع القديم من جذوره .

تاسعاً : خطر ببالى ما قرأته ذات يوم من أن كثيراً من الأفكار الأصيلة الجديدة لا تدل إلا على عدم إلمام صاحبها بما سبق نشره ، وتعجبت لهذه الكلمة الشجاعة . » وقبلت صحتها إلى حد بعيد ، ولكنى عدت أقول أن إعادة اكتشاف نفس الحقيقة فى مكان آخر ، وبلغة أخرى، ومن موقع آخر ، له ميزتان على الأقل : الأولى : أنه يؤكد الحقيقة الأولى وربما يوضحها ويثبتها . والثانية : أنه يدل على أن التفكير اللاحق له نفس الترتيب والأصالة التى سبق بها التفكير الأول .. على الأقل .

ولكنى أرجع إلى النظر فى هذا الاحتمال من خلال ما قدمت فأجدنى كما ذكرت قد سبقت إلى كثير مما بدأ فى الظهور منذ أوائل هذا العقد ، ويعرف ذلك عنى طلبتى ، ثم أجد كثيراً مما أدرس وأرى ما زال لم يُطرق فيما وصل إلىّ من جديد ، وكنت بادئ الأمر أثور لنفسى ولحرمانى

من حق السبق . . ولكن موقفى تغير رويداً رويداً حتى عدت أفرح به لأنه أصبح يطمئننى أننى أفكر فى الاتجاه المصرى المتناسق وأصل إلى نتائج يصل إليها غيرى من طريق آخر . . وكان لذلك فضل آخر هو أنه يكسر وحدتى ويخفف غربتى . . ولكن هذا لم يمنع الغيظ أن يتملكنى حين كان ما أقوله يُقابل بالرفض والاستصغار ابتداء ، حتى إذا جاءنا بعد شهور أو سنين عبر البحار بحروف لاتينية قوبل بالترحيب والبشاشة . . وأذكر على سبيل المثال فكرتى عن نقط الانبعاث Pace Maker فى المخ التى قال بجزء منها بعد إعلانى لها بعامين سيلفانو أريتى أيضا ، وهنا أحب أن أشير إلى التقاء فكرينا رغم تصورى لقصوره عن مواجهة العلاج العضوى الفيزيائى والكيميائى وموقعه فى الكل « المعرفى الذاتى » الذى ينادى به تفسيراً لنمو المخ واضطرابه معا ، وأنا إذ أدعى تفوقنا خاصا فى هذا الجانب وحتى أقرر حقيقة مرحلية لن تتضح إلا فيما سوف أفصل

فيما بعد . . ، خلاصة القول أن هـــــذا الموضوع تحول عندى من قضية : « من الذى قال ماذا ؟ » أو « من قالها قبل من ؟ » إلى قضية الائتناس بالفكر الإنسانى المشابه أو الموازى ، والإسهام فى إيضاح بعض التفاصيل من زوايا رؤية مختلفة . . ، فإن مجرد معرفة أن ثمـة حقيقة يعاد النظر إليها بنفس الشجاعة ونفس المغامرة وأن غيرك ممن له قدرة يصل إلى رؤية قريبة مما وصلت إليهـا أو مكملة لها أو سابقة عليها . . أقول إن هـذا وحده مكسب لم يعد يعدله حرص على إسمى — رغم أنه حق إنسانى متواضع مازلت أعيشه وأسعى إليه ليؤكد معالى الذاتية . .

بل إنى أحياناً أطمئن من خلال هذا التطابق الفكرى حتى ولو لحقنى والغنى سبقى . . وأعمم الأمر حتى لأكاد أصل إلى يقين : أننا رغم تخلفنـا بضعف إمكانياتنا ، قادرون على

أن نفكر ، وعلى أن نصل إلى نتائج أصيلة ، وإلى نظريات جديدة ، وأنه بمجرد تمتعنا بشرف البشرية أمكننا — رغم ظروفنا — أن نمارس حقنا فى الإبداع .. ومن ثم فى الإسهام الحضارى ، وإن كانت ضعف وسائل النشر حاليا قد منعت أن يكون لنا السبق مقترناً بأسمائنا ، فهذا لا يعنى أن نحرم أنفسنا من حق الفخر بفكرنا حتى لو لم ينشر لأن الشاهد على ذلك هو على أقل القليل أنفسنا نحن وضمائرنا .

وتأتى هذه المقدمة بكل ما حملت من رؤوس مواضيع لتحدد بعض ما لم يسبق إليه. فتطمئننى وتدفعنى إلى تسجيل بعض ما رأيت فى حينه ، وبالتالى إلى إعطاء بعض الحق لأهله ولو فى أضيق نطاق ممكن ، فهى تعلن بألفاظ أخرى : أنه فى المرحلة الحالية ، ونحن مضروبون — وبحق — فى إمكانية ريادتنا الفكرية ، ونحن متخلفون لاهثون وراء السابقين أو عاجزون خلفهم . . أقول فى هذه المرحلة لا بد أن نعترف بهذه الإعاقة سواء فى التفكير أو فى النشر والتوصيل . . ،

ولـكن لا بد أن نعرف أيضاً أن التفـكير المغامر الشجاع هو حقنا ، وهو شرفنا وهو أملنا فى أن نلحق بالركب .. أو حتى أن نتخطاه إذا استمر ذلك الركب فى غروره أو مضاعفة اغترابه ، وحتى يتم ذلك فلا مجال لليأس ، ولا مبرر للتوقف ، ولا فائدة فى المبالغة فى الشعور بالنقص ، ولا منقذ إلا بالمغامرة المسئولة على أرض الواقع .

عاشراً : أدركت من خلال هذه المقدمة أنه ينبغى على أن أعلن التزاماً بمواصلة الطريق ، وفى ذلك فإنى أستطيع الجزم بأنه سيلحقها مجموعتان من الأعمال واجبـة النشر الأولى : ما يتعلق بالأبحاث الجارية والأفـكار السائدة باللغة التقليدية ، وأقرب مثال لذلك الأبحاث الإكلينيكية التى نجريها على مرض الفصام ، وفى العلاج الجمعى مثلما سبق الإشارة إليه فى هذه المقدمة ، غير أن ما أعنيه هو أن تجمع هذه الأبحاث — بما تحوى من جديد فى الوسيلة

والمحتوى معاً — فى كتب منشورة على مستوى أعم ، وتضم هذه المجموعة أيضا بعض الأفكار الخاصة باقتراحات تقليدية تتعلق بإعادة تنظيم الجارى باللغة السائدة أيضا . وفائدة هذه هذه المرحلة بالإضافة إلى ما تحويه من ملاحظات واستنتاجات فى ذاتها أن تمهد الطريق لأن يسمح بعد ذلك ما يرد فى المرحلة التالية .

الثانية : وتشمل الأعمال والأفكار التى تحوى الجديد الأصيل فيما يتعلق بعلمنا وما إليه من علوم ، وهى المرحلة المغامرة المتحدية التى هى فى النهاية اختبار مباشر لأحقيتنا فى حياة إنسانية كريمة ندّية لمنافسينا وأقراننا من بنى البشر . . أو تخلينا عن هذا الحق بما يستتبعه من مضاعفات لا نملك إلا أن ندفع ثمنها صاغرين .

حادى عشر : وأخيراً . . . فلعلى وأنا أختم تفكيرى بصوت مقروء أن أقرر أنى على يقين من أن هذه الفروض التى

وردت فى هذه المقدمة لن يتحقق بعضها أو أقلها فى حياتى ، وكما كان الفضل فى ظهورها ولو فى هذه العجالة راجع لتلاميذى أساساً ، فإن العبء سيقع عليهم لا محالة بالنسبة للتحقيق والتطبيق والرفض والتعديل . .

غير أنى لا بد أن أعترف بضعف ثقتى فى ثورة الشباب لو يكتفون بالصياح والرفض والأمل ، وأعلن أن أملى الحقيق هو فى الشباب الذى يحافظ على شبابه مهما تمر الأيام . . أو بتحديد أدق أقول إن أملى فى «شيوخ الباحثين الشباب» ، فالبحث العلمى الحق هو الذى يحافظ على شباب صاحبه أبداً ، لأنه يشمل القدرة على تحمل مفاجآت النتائج وعلى التغير من خلالها دائما ... وكل ما أوصى به تلاميذى ألا يفرحوا بثورة الشباب أكثر مما ينبغى حتى لا يستسلموا لصعوبة الواقع فيما بعد متى كابدوا ألم الضرورة وإحباط العصر .

أما الفروض الأخرى التى لا يحققها إلا الزمن .. فليس لى إلا أن أسأل التاريخ الشهادة .

وبعـــــد

فهأنذا :— مشروع متحرك فى أكثر من اتجاه ، أحاول أن أتحقق بأكثر من أسلوب، وأحيانا أجد أن فى حركتى هذه ما يدل على أصالة الحياة وعنفها فى وجدان الناس الذى أنتمى إليهم .. هؤلاء المصريين المرتبطين بالأرض والخلود ..، وأحيانا أشك فى إمكان أن يكون لكل هـــذا التفجر والتفجير فرصة فى التجمع فى نبضة ذات فعالية مناسبة ..

ولكنى أنتهى إلى أن أنام شاكراً لهذا الذى اخترع تلك الرموز التى نكتب بها أفكارنا هذه على مثل هذا الورق ، لعل فيما نفعله الآن ما يجـــد سبيله إلى أصحابه فى وقت ما ، بشكل ما ، . . بفضل هذا الاختراع الرائع « الكتابة » . . وبالتالى فإنى أشعر أن أهم ما جاء فى هذا الكتيب بالنسبة لى هو « رقم الإيداع بدار الكتب » ...

المحتويات

(رقم الإيداع بدار الكتب ١٧٦٢ / ١٩٧٨)

مطبعة الكيلاني
المدير المسئول: رشاد كامل كيلاني
٢٢ سد غيط العدة - باب الخلق - القاهرة
ت ٩١٨٥٩٨

هذا الكتاب

- من خلال عرض محدود وهو كتابة مقنعة لبحث في "العلاج الجمعي" استطعنا أن نستبيح الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي ليحدد معالم موقفه الفكري في فرعه وفي الحياة .
- فهو خطوط عامة لعروض عاملة ودروس مواضيع لإطار نظرية مصرية تطورية .
- وهو يتناول رأيه في البحث العلمي والموقف التطوري في الوجود والنمو النفسي وديالكتيك الجهاز العصبي ونبض الحياة الإنسانية .
- وهو عمل رغم إيجازه . يذكرنا بإصراره وإصرارنا على تأكيد الموقف الإبداعي الأصيل للعقل المصري في إسهامه الإنساني

الناشر

مطبعة الكيلاني بالقاهرة

٢٢ شارع غيط العدة . باب الخلق



الثمن ٣٥ قرشاً